

**FÁBIO ALEXANDRE DA LUZ**

**CUIDANDO, ENSINANDO E APRENDENDO:  
UMA EXPERIÊNCIA DE ENFERMAGEM EM  
EMERGÊNCIAS TOXICOLÓGICAS.**

*Relato de Prática Assistencial  
da Disciplina INT 5134 -  
Enfermagem Assistencial  
Aplicada – 8ª Unidade Curricular  
do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal  
de Santa Catarina*

Orientação: Prof. Antônio de Miranda Wosny

**FÁBIO ALEXANDRE DA LUZ**

Banca Examinadora:

Prof. Antônio de Miranda Wosny - Presidente

Profª. Eliane Regina Pereira do Nascimento

Profª. Marta Lenise do Prado

Enfª Júlio Flores

**FLORIANÓPOLIS, Março de 2001.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**DISCIPLINA INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTÊNCIA**  
**APLICADA**

**CUIDANDO, ENSINANDO E**  
**APRENDENDO: UMA EXPERIÊNCIA DE**  
**ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS**  
**TOXICOLÓGICAS.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0280  
Autor: Luz, Fábio Alexand  
Título: Cuidando, ensinando e aprendendo  
  
972493655 Ac. 241466  
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**FLORIANÓPOLIS, MARÇO DE 2001**

**FÁBIO ALEXANDRE DA LUZ**

**CCSM**  
**TCC**  
**UFSC**  
**ENF**  
**0280**  
**Ex.1**



## **NÃO ADIANTOU SABER**

*Não foi por acaso  
Não foi por querer  
Quis ganhar o mundo  
Não sei como pude  
Perdi você  
Não se pode ser assim  
Magoar pessoas  
Fazer tanto mal pra mim  
Esta difícil até de respirar  
Perceber, ser, estar  
Esqueci que um amigo  
É feito pra se guardar  
Quis ousar a voz na louca vida  
Respirei o fino ar  
Ao ter além do infinito  
Desejei não desejar  
Não adiantou saber  
Valeu pra mim jamais  
Jamais mude o tempo  
Se não ligas pra ninguém  
E não adiantou saber  
Querer me desculpar  
Querer me redimir  
Parar de delirar  
E quis ousar a voz na louca vida  
Respirei o fino ar  
Ao te ver no infinito Desejei não desejar  
Não foi por acaso  
Não foi por querer  
Quis ganhar o mundo  
Perdi você*

*(Sandra de Sá e Ronaldo Bastos)*

## **AGRADECIMENTOS**

### ***Aos meus pais da espiritualidade***

“Comandantes da sabedoria e da justiça, que me deram este presente, através de muita luta, guiando-me para que tomasse o melhor caminho, protegendo-me como um brilhante que estava sendo lapidado”.

### ***A Deus***

“Que se fez presente, auxiliando-me a transpor as barreiras que me foram impostas”.

### ***Aos meus pais biológicos Oswaldo e Maria***

“Que na medida do possível me deram condições para enfrentar os desafios”.

### ***A minha grande amiga Darling***

“Que lutou até mesmo contra o frio e a noite para me ver onde hoje estou”.

### ***A minha filha Lyngheriae***

“Pelo simples fato de ser a razão do meu viver”.

### ***A minha namorada Marisete***

“Que conheci nos últimos passos desta caminhada e que acabou por ser minha pilastra de sustentação, com sua ajuda e compreensão”.

### ***As minhas irmãs (Soraya, Luciane e Sara Jane)***

“Que de uma forma ou de outra ajudavam-me sempre que possível”.

### ***Aos meus colegas de serviço***

“Que na medida do possível, ajudaram-me para que eu conseguisse continuar minha caminhada.”

### ***Aos membros da banca examinadora***

“Profª. Marta Lenise do Prado e Eliane Regina Pereira do Nascimento, pela colaboração que me deram nesta última etapa”.

### ***Ao meu supervisor Enfª Júlio Flores***

“Que além de instrutor, tornou-se meu amigo, contribuindo em muito para o meu progresso”.

***Ao meu orientador Antônio de Miranda Wosny***

“Você Tony, já foi o escolhido por mim para me orientar , porque eu já lhe conhecia e sabia a pessoa ótima que você é. A sua calma, inteligência, perseverança e amizade, foi sem dúvida uma força a mais para seguir minha caminhada, nesta fase final.

***A professora Margarete e a todos que fazem parte do CIT***

Pelo apoio e atenção dado para que eu conseguisse meus objetivos.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2. METODOLOGIA</b>	<b>7</b>
<b>3. INTOXICAÇÃO POR ANIMAIS PEÇONHENTOS</b>	<b>16</b>
<b>4. ASSISTÊNCIA ENF. EM INTOXICAÇÕES</b>	<b>56</b>
<b>5. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>70</b>
<b>6. RESULTADO DOS OBJETIVOS TRAÇADOS</b>	<b>81</b>
<b>7. CUIDADOS ENF. REALIZADOS NÃO PLANEJADOS</b>	<b>107</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS</b>	<b>108</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>111</b>
<b>10. ANEXOS</b>	<b>115</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em sua 8ª fase e última unidade curricular, oferece a disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada (INT 5134). Nesta disciplina, o aluno deve desenvolver um projeto assistencial, na área de sua escolha.

Como acadêmico do curso de Enfermagem, matriculado na última fase, optei por desenvolver um projeto assistencial nesta área de Emergência, com enfoque em educação em saúde sob o referencial teórico de Paulo Freire. A clientela são pacientes e seus familiares, que procuram atendimento na Emergência do Hospital Universitário da UFSC (HU), vítimas de problemas de intoxicação, principalmente por animais peçonhentos. A decisão de atuar com pessoas vítimas deste problema, originou-se da minha vontade de trabalhar com problemas emergenciais, uma vez que sou integrante do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de Santa Catarina e possuo experiência em emergência pré-hospitalar, querendo aprofundar meus conhecimentos em emergência hospitalar. Outro motivo da escolha, foi o de já ter conhecimento que este tipo de problema é freqüente em nossa região (Grande Florianópolis), é eminente à vida, geralmente obscuro à população, no tocante à



peçonhentos com 14.647 casos notificados, predominando em praticamente todas as regiões, com exceção da região sudeste.

A faixa etária mais acometida, está entre 20 á 40 anos aproximadamente, devido as mesmas circunstâncias que ocorrem em SC, sendo que os óbitos oscilam entre 05 à 80 anos. A circunstância que mais corre é sem dúvida a acidental.

Dentre as regiões brasileiras, a região Sul é a que possui os maiores índices de intoxicação por animais peçonhentos, segundo o Ministério da Saúde, demonstrado em gráfico no anexo 05, durante o ano de 1999.

O HU foi escolhido tendo em vista a demanda, que é relativamente grande, em comparação com os outros hospitais da Grande Florianópolis e por ser referência neste tipo de atendimento, devido o CIT se localizar em suas dependências.

O trabalho foi desenvolvido com o intuito de diminuir a incidência de problemas como este, através da educação em saúde das pessoas, incentivando-as a dividirem este conhecimento, contando para isto com o desenvolvimento dos seguintes objetivos:

#### GERAL:

Desenvolver um processo de assistência/educação com clientes e familiares atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Universitário, vítimas de acidentes por animais peçonhentos.

#### ESPECÍFICOS:

Assistir ao indivíduo e família com problemas de intoxicação, principalmente por animais peçonhentos, aplicando as normas e rotinas que regem o serviço de enfermagem do HU, ampliando assim, meus conhecimentos.

Elaborar as rotinas especiais de atendimento de enfermagem ao paciente intoxicado.

Organizar no CIT um sistema de informações de cuidados de enfermagem para pacientes intoxicados.



Elaborar rotinas especiais para desenvolver um processo educativo com clientes e familiares com problemas com animais peçonhentos, com base no referencial teórico de Paulo Freire, apoiado nas rotinas do CIT e do serviço de emergência do HU.

Realizar palestra para os alunos da 1ª fase do Curso de Enfermagem da UFSC, na Disciplina de Primeiros Socorros, abrangendo os principais assuntos sobre intoxicação por animais peçonhentos.

Planejar material educativo específico.

O atendimento no Serviço de Emergência do Hospital Universitário, foi extensivo ao Serviço de Emergência Pediátrica e à clínica de internação Pediátrica do Hospital Universitário, e ainda, à Visita Domiciliar.

Foi escolhido o método Paulo Freire para a realização e implantação do projeto assistencial, tendo em vista que o assunto é muito pouco discutido não só nas instituições de saúde, como também nas escolas, universidades e ambiente de trabalho das pessoas. Sabe-se que geralmente as pessoas conhecem um pouco sobre o assunto, mas muitas coisas devem ser dialogadas para que o conhecimento seja construído de uma forma conjunta. O método Paulo Freire cria condições para a construção deste conhecimento, uma vez que para ele “a educação é um processo libertador onde há a substituição de uma visão mágica por uma visão crítica da realidade. Essa educação tem como principal instrumento de mudança o diálogo” (apud por Gonzaga et al, 1993).

Como acadêmico manteve excelente relação com o enfermeiro supervisor, que além do acompanhamento de minhas atividades, gerenciava o trabalho dos técnicos e auxiliares, que fazem a assistência direta. Sempre que havia algum problema, este era discutido entre os auxiliares, técnicos, enfermeiros e o enfermeiro chefe, onde este último tentava resolvê-los, ou na impossibilidade, encaminhava a Direção de Enfermagem.

A prática de enfermagem no Serviço de Emergência do HU foi realizada com técnicos e auxiliares de Enfermagem, sob a supervisão dos Enfermeiros Júlio Flores, Eunice Hirt, Heloísa Helena Vieira, Maria Elisa Campos, Ana Luiza Abreu, Cleusa Espíndola e Siomara Cardoso. As decisões sobre mudanças de rotinas administrativas, quando necessárias, foram discutidas entre as equipes de enfermagem e levadas até a chefia do Setor de Emergência do Hospital Universitário.

Apresento algumas tabelas que fornecem dados para análise freqüencial dos atendimentos realizados aos clientes do Serviço de Emergência do HU. Atendimentos aos clientes vítimas de intoxicação com breves históricos feitos pelo CIT; bem como, clientes vítimas de intoxicação por animais peçonhentos, com alguns Estudos de Caso.

Apresento ainda a contextualização do local do estágio, com a dinâmica do Serviço de Emergência do HU, e dinâmica do CIT, juntamente com planta física e recursos humanos destes setores.

Realizei a revisão bibliográfica da teoria de Paulo Freire, com seus conceitos, e outros pressupostos da Enfermagem. A revisão bibliográfica dos conteúdos inerentes à intoxicação por animais peçonhentos, juntamente com condutas de Enfermagem, primeiros socorros, e principais exames solicitados. E breve revisão bibliográfica da História da Enfermagem no mundo, Brasil e em Santa Catarina, juntamente com as atribuições do Enfermeiro em Serviço de Emergência.

Apresento detalhes do perfil do acidentado toxicológico, principalmente aquele vítima de acidente por animais peçonhentos.

Atualizei um Manual de Rotinas de Enfermagem à clientes com problemas de intoxicação (anexo 07) que havia sido elaborado em 1992, pela enfermeira Francis Solange Tourinho, ex-estagiária do CIT.

Elaborei um texto base, para palestra dialógica com os profissionais do serviço e com os clientes e familiares, vítimas de intoxicação por animais peçonhentos, sendo este anexo ao manual atualizado.

Ministrei palestra aos alunos da 1ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, juntamente com a Professora Vera Radinz, e aos componentes do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar de Santa Catarina, sobre o assunto “Primeiros Socorros em caso de acidente por animais peçonhentos”.

Elaborei ainda, material educativo (folders, que podem ser vistos no anexo 06, cartaz demonstrado na figura 08 do anexo 13, Manual de Rotinas de Enfermagem a Clientes Vítimas de Intoxicação, que se encontra no anexo 07).

Realizei a assistência direta ao cliente que procurou o Serviço de Emergência do Hospital Universitário, com maior ênfase aos intoxicados por animais peçonhentos. Trabalhei juntamente com os familiares dos clientes atendidos, promovendo educação em saúde através do diálogo. Procurei contribuir para que as pessoas assumissem uma visão crítica sobre os problemas relacionados à intoxicação aguda, compreendendo estas intercorrências e tentando assim, evitá-los ou em caso de sua ocorrência, amenizar os danos.



## **2. METODOLOGIA**

### **2.1 SERVIÇO DE EMERGÊNCIA:**

O projeto foi realizado na Emergência do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU), da UFSC e no Centro de Informações Toxicológicas (CIT) o qual se localiza nas dependências do HU, no Campus Universitário, no Bairro Trindade, em Florianópolis. Este hospital é uma unidade de referência pública e de clientela exclusiva do Sistema Único de Saúde (SUS), em Santa Catarina, com princípios básicos, tais como: Universalidade, Equidade social, Integralidade, Hierarquização, Participação da população. A constituição de 1988 garante que “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, e sendo assim, este serviço atendeu a todas as pessoas com todos os tipos de problemas. Desta maneira, como a rede de atenção primária é defasada, ou seja, não funciona 24 horas e também não possui recursos humanos, financeiros e de materiais em quantidade e qualidade suficientes para a demanda, muitos casos considerados ambulatoriais, são atendidos no Serviço de Emergência do HU. Por este motivo, o Serviço de

Com relação as normas e rotinas do Serviço de Emergência do Hospital Universitário, existe um manual de normas e rotinas do HU, que explica todas as técnicas de assepsia, limpeza do ambiente, estoque de materiais de consumo e permanente, uso do Equipamento de Proteção Individual (EPI), prevenção a acidentes do trabalho, destino dos materiais utilizados e lixo hospitalar, normas de descanso dos profissionais durante o turno noturno, atributos de cada profissional, etc., de acordo com a filosofia do HU.

A estrutura organizacional da Diretoria de Enfermagem a partir de Maio de 2000, mostrando a conjuntura onde o Serviço de Emergência do HU se encontra, está demonstrada no anexo 08.

#### 2.1.1 PLANTA FÍSICA:

A Emergência de adultos está situada no andar térreo do HU, com entrada própria. Está dividida em duas partes para o atendimento externo ao público:

- Pronto Atendimento (PA): É constituído por três consultórios médicos, uma sala de preparo e administração de medicações e um expurgo.
- Serviço de Emergência Interna (SEI): É onde são realizados os atendimentos cirúrgicos e os atendimentos clínicos emergenciais. O SEI é composto por quatro consultórios médicos, um posto de Enfermagem, uma sala de reanimação, um almoxarifado e duas salas cirúrgicas. Uma sala de medicação (onde o paciente atendido recebe medicação, aguarda resultados de exames e espera a reavaliação médica) e um banheiro para pacientes. Há ainda um isolamento, com um leito e instalações sanitárias para uso privativo do paciente isolado.

Na entrada da Emergência fica localizada a recepção, onde são preenchidas as fichas clínicas (PA ou SEI), médica ou cirúrgicas, para a emergência Adulto, Pediátrica e para a Maternidade.

Ainda no setor, existe o “repouso” onde ficam os pacientes internados aguardando vagas para outras unidades de internação, transferência, ou alta. É constituído por sete leitos, instalações sanitárias, posto de enfermagem e balcão para a parte burocrática do setor (onde ficam impressos tais como prescrição, pedido de transferência, requisição de exames, carimbos, etc...).

Na parte administrativa da Emergência, há a sala de Chefia de Enfermagem, uma sala de estar para os médicos e chefia médica, uma sala de estar para Enfermagem e dois quartos de repouso médico (um masculino e um feminino).

A emergência do Hospital Universitário possui área física total de 417,93 m<sup>2</sup>, distribuídos conforme o anexo 09.

#### 2.1.2 DINÂMICA DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HU (SEHU):

As pessoas são atendidas conforme seus problemas das seguintes formas:

O paciente chega no SEHU, fornece informações para o preenchimento da ficha de atendimento na recepção (anexo 12) e aguarda na sala de espera, para que o clínico plantonista o chame e o atenda em um dos consultórios. O clínico geralmente é um acadêmico da 12ª fase de medicina, sob a orientação de um médico responsável. Este clínico realiza a anamnese, prescreve e mantém ou libera o paciente, dependendo do caso. No caso de pacientes intoxicados, o clínico consulta o CIT, onde o plantonista, que pode ser acadêmico (geralmente acadêmico do Curso de Graduação em Medicina, Farmácia ou Bioquímica), farmacêutico ou médico, presta as orientações necessárias ao clínico, após diagnóstico diferencial e entrevista com o cliente. Cabe ao clínico do SEHU, seguir ou não as orientações do CIT, realizando os procedimentos que julgar necessários e/ou convenientes. É o clínico do SEHU quem solicita exames, realiza a terapêutica, mantém o paciente no setor, transfere, interna ou dá a alta. Se houver necessidade de permanência no setor, o



paciente recebe os cuidados da equipe de Enfermagem, seguindo a prescrição médica e de Enfermagem.

O cliente que permanece no SEHU, tem direito a visitas nos seguintes horários: Manhã das 11:00 às 11:30 horas e tarde das 16:00 às 16:30 horas. E direito as refeições nestes outros horários: 07:30 hs café da manhã, 12:00 almoço, 14:00 café, 17:00 janta, 21:00 lanche.

No SEHU não é permitido a permanência de visitas menores de 18 anos. Não é permitido fumar e nem ingerir bebidas alcoólicas.

- No PA, as pessoas são atendidas e encaminhadas às diferentes especialidades ou aos postos de saúde de referência conforme a necessidade.

- O SEI tem o atendimento clínico e cirúrgico. O atendimento clínico ocorre na sala de reanimação, nos consultórios ou na sala de medicação. O atendimento cirúrgico pode se dar nas salas cirúrgicas ou sala de reanimação. Quando há necessidade do paciente permanecer internado, o mesmo pode ser encaminhado às clínicas de internação ou transferido. Caso não haja vagas ou as condições clínicas do paciente não sejam propícias, o mesmo permanece internado no Setor de Repouso.

O horário de atendimento na Emergência é de vinte e quatro horas, sendo que o serviço de Pronto Atendimento e consultas, funciona das oito às vinte horas; Após este período todo o atendimento ocorre no SEI.

### 2.1.3 RECURSOS HUMANOS:

O Serviço de Enfermagem da Emergência Adulto conta com 95 funcionários ao todo, sendo que destes, alguns trabalham todos os dias ou em escalas de duplo horário, o que dá um total de apenas 66 ao dia, com a seguinte distribuição, segundo o quadro abaixo:

QUADRO 01: distribuição diária dos funcionários que trabalham no SEHU.

<b>Turno</b> <b>Profissionais</b>	<b>MATUTINO</b>	<b>VESPERTINO</b>	<b>NOTURNO</b>
MÉDICO	02	02	04
ENFERMEIRO	01	01	01
TEC. DE ENFERM.	06	06	06
ESCRITURÁRIO	02	02	02
ACAD. MEDICINA	04	04	08
SERVIÇO GERAL	02	02	02
VIGILANTE	01	01	02
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>29</b>

Os enfermeiros plantonistas são: Júlio Flores, Eunice Hirt, Heloísa Helena Vieira, Maria Elisa Campos, Ana Luiza Abreu, Cleusa Espíndola e Siomara Cardoso

Além desses, há ainda a enfermeira chefe do setor: Enfª. Fátima Giselda Pacheco Pedroso. Ao todo somam-se um total de 66 funcionários de serviço a cada dia.

O regime de trabalho da Equipe de Enfermagem é de trinta horas por semana, e há a necessidade de cobertura para folgas, abono de 15 dias, férias, licenças, atestados de saúde, o que acaba por reduzir a equipe significativamente em número. Assim são considerados imprescindíveis na equipe de enfermagem por turno, seis auxiliares ou técnicos de enfermagem e um enfermeiro.

Os horários das Equipes de Enfermagem são:

Matutino: Das sete às treze horas;

Vespertino: Das treze às dezenove horas;

Noturno: Das dezenove às sete horas do dia seguinte.

Nos finais de semana ocorre o revezamento entre turmas do matutino e vespertino num plantão diurno das sete às dezenove horas. Exemplo: Sábado é plantão do turno matutino e no Domingo do turno vespertino; no próximo final de semana, Sábado é plantão do turno vespertino e Domingo do turno matutino.

## 2.2 CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS (CIT):

É responsável pelo apoio ao atendimento das intoxicações ocorridas em todo o Estado. Ele foi criado em 1984, como o objetivo de prestar toda a orientação necessária à população, ao hospitais e classe médica e científica, quanto ao uso, composição e tratamento de todos os produtos fito, zôo e domissanitários deste estado. Não consta no organograma do Estado e nem da UFSC, é um convênio entre a UFSC e SES, sendo a cada ano renovado.

A maioria dos casos de intoxicação atendidos pelo CIT-SC são principalmente envenenamentos por animais peçonhentos, tentativas de suicídio como medicamentos e agrotóxicos, bem como intoxicações profissionais. Os atendimentos são feitos pelo fone 1520, onde diariamente 02 plantonistas (acadêmicos de Medicina, Farmácia, médicos, farmacêuticos e professores), que prestam apoio orientando médicos e outros profissionais com relação a conduta. Recebe ligações de todos os hospitais e postos de saúde. Orienta, quando necessário, os profissionais da Emergência do HU e UTI. O CIT ministra palestras, cursos, feiras de saúde e viagens a todos os municípios catarinenses.



### 2.2.1 PLANTA FÍSICA:

O Centro de Informações toxicológicas está situado no andar térreo do Hospital Universitário (em área física demonstrada no anexo 07. Nele encontramos 01 terminal de computador, 01 leitora de micro fichas, 03 telefones (um com o número especial da TELESC – 1520, outro como ramal da UFSC – 3319535 e, o terceiro como ramal do HU – 3343111 R 9173). Possui um grande acervo bibliográfico, específico para toxicologia e um mostruário de animais peçonhentos, situado na sala dos plantonistas. Em uma outra sala se encontra uma mesa para estudos e um outro computador.

### 2.2.2 DINÂMICA DE ATENDIMENTO DO CIT:

Funcionários da saúde, médicos ou qualquer outra pessoa, em caso de intoxicação em geral, ao solicitar auxílio ao CIT, é atendido por um plantonista, que pega todos os dados da pessoa intoxicada, como: O que ingeriu? Qual animal? Qual a quantidade? A quanto tempo? Etc. No caso de dúvidas, é tentado esclarecer através do diagnóstico diferencial, demonstrado pela sintomatologia. Através do diagnóstico será orientado as condutas e a evolução. É indicado ou não, o soro específico em caso de peçonha, medicação prévia, cuidados na evolução, e exames caso haja a necessidade (TTPA, TAP, TC, Hemograma, PU, Creatina, Uréia, Bilirrubina, etc.).

Caso a pessoa solicitante não seja o próprio médico, a primeira conduta após o diagnóstico é o esclarecimento do cliente, e o encaminhamento ao médico, que deverá ligar para o CIT. Em qualquer tipo de caso é aberto uma ficha com as informações sobre o paciente, diagnóstico diferencial, bibliografia, medidas que já foram tomadas, etc. Quando é no HU, é feito um acompanhamento direto e o plantonista passa a conduta para o médico. O exame é pedido 15 minutos antes da soroterapia, sendo ele avaliado pelo médico. Exemplo: TAP abaixo de 70% entra

com soroterapia. TTPA acima de 30 minutos e incoagulável. Após 12 a 6 horas de soroterapia é pedido novos exames. A medicação prévia deve ser feita antes da soroterapia, para evitar reação anafilática por causa do soro. A medicação prévia pode ser um anti-histamínico H1, H2, ou ainda hidrocortisona. Até o paciente não receber alta, é feita a evolução diária de acordo com a gravidade do caso.

### 2.2.3 RECURSOS HUMANOS:

Seu quadro funcional conta com 02 farmacêuticos bioquímicos (funcionários do SES), 01 professora da UFSC, coordenadora do CIT, a Professora Marlene Zaninn, que está de licença para doutoramento, estando no seu lugar a farmacêutica bioquímica Margarete Grando. Um número de 23 plantonistas, que trabalham em regime de 12 horas de plantão, em duplas, no período noturno, vespertino e nos finais de semana. 02 dois técnicos administrativos. 10 estagiários, bolsistas mantidos pela Secretaria Estadual de Saúde, preparando-se para serem plantonistas.

### **3. INTOXICAÇÃO AGUDA POR ANIMAIS PEÇONHENTOS**

Schvartsmann considera “intoxicação os transtornos que perturbam a saúde, podendo ocasionar a morte, causada por substâncias postas em contato com o organismo através da ingestão, aspiração ou contato através da pele, de forma acidental ou não, inclusive pelo contato com animais peçonhentos” (Schvartsmann, 1985).

No Brasil, o papel do Enfermeiro na área de toxicologia é pouco desenvolvido.

O Enfermeiro pode aumentar seu papel desenvolvendo funções de avaliação, ensino, pesquisa e assessoria em toxicologia, amparada legalmente, desde que haja uma formação adequada (Henry, 1998).

Os acidentes por animais peçonhentos são outra preocupação dos centros de intoxicação, pelo grande número de pessoas atingidas e pela gravidade que encerram.



Animais peçonhentos são aqueles que possuem ferrões, presas, quelíceras, por onde podem injetar veneno ou peçonha, que provocam acidentes muito graves ou fatais. Os principais animais peçonhentos são as cobras, as aranhas e os escorpiões (Schvartsmann, 1985).

As pessoas que são mordidas ou picadas por um animal peçonhento necessitam de primeiros socorros, que consistem em:

- 1- Retirar os espinhos, garras ou tentáculos.
- 2- Limpar a ferida e proteger o local contra infecção.
- 3- Retardar a difusão do tóxico pelo corpo.

A aplicação imediata dos primeiros auxílios pode evitar uma intoxicação grave e salvar a vida do paciente.

1- Verifique se o paciente está consciente:

Trate de despertar o paciente. Grite – Estás bem? Suspenda-o pelos ombros, sacuda-o sem brusquidão para não agravar uma possível lesão. Estando apenas dormindo, despertará, ao menos que esteja inconsciente.

2- Verifique se as vias aéreas estão desobstruídas e a traquéia estendida. Se não estiver desobstruída as vias aéreas e hiperestenda o pescoço do paciente. A desobstrução das vias aéreas pode ser feita com uma das mãos do socorrista por trás do pescoço do paciente e a outra mão no queixo, abrindo a boca dele, escutando os ruídos ventilatórios e sentindo a saída do ar, isto é, se não estiver em parada respiratória. O socorrista pode também verificar a eficiência da respiração observando o movimento da caixa torácica (Henry, 1998.)

Uma pessoa pode parar de respirar se:

1º Há algo obstruindo as vias aéreas, como:

Presença de sangue, secreções, alimentos, prótese dentária ou a própria língua.

Queimaduras e inchaço pela ingestão de veneno.

Recebimento de um golpe na cabeça ou pescoço.

Ataque cardíaco.

Afogamento.

Em caso de obstrução da garganta o socorrista deve por um dos dedos na garganta do paciente para retirar a causa.

Se o paciente não retornar a respiração deve ser feita a técnica do “boca-a-boca”, recobrando totalmente a boca do paciente e expirando tranquilo e regularmente para que todo o ar entre pela sua boca. Levante a boca para que o paciente possa expirar e inspirar mais ar. Verifique se o coração bate concomitantemente à respiração artificial, através do pulso carotídeo, radial ou apical. Caso não esteja batendo comece com a massagem cardíaca externa (MCE), colocando o paciente sobre uma superfície rígida, localizando o melhor local (dois dedos acima apêndice xifóide ) colocando uma mão sobre a outra, estendendo os braços e movimentando apenas o tronco. A cada insuflação respiratória devem ser feitas cinco MCEs se o socorrista estiver acompanhado, se estiver só, deve fazer 02 insuflações a cada 15 MCEs, até o retorno dos batimentos e da respiração (Henry, 1998).

### 3.1. PRIMEIROS SOCORROS EM CASO DE MORDEDURAS E PICADAS DE ANIMAIS:

Em geral estas situações criam pânico. Então deve-se tranquilizar o paciente e pedir-lhe que fique quieto, pois a movimentação do membro afetado acelera a difusão do veneno pelo resto do corpo. O medo e o nervosismo pode também provocar esta situação. Como o membro inchar, deve-se retirar qualquer coisa que o comprima, como relógios, anéis, sapatos, etc... (Henry, 1998).

Se a picada for no braço ou na perna, deve-se manter o membro ferido mais alto que o resto do corpo.

O paciente deve ser colocado de lado, em posição de recuperação, a fim de evitar obstrução da traquéia em caso de vômitos ou perda de consciência.

Deve ser feita vigilância respiratória e cardíaca.

O local da picada deve ser limpo cuidadosamente, utilizando água limpa e sabão e enxugando-a delicadamente.

Nas mordeduras por serpentes que não provocam edema ou lesão no local, segura-se firmemente a zona afetada e em seguida toda a parte do membro, por cima da roupa. O membro deve ser apertado com uma atadura ou algo semelhante, com percepção do pulso na parte inferior. O aparecimento da dor intensa no membro com a atadura, pode indicar que esta esteja muito apertada, tendo de ser retirada assim que o paciente chegar no hospital, não havendo a necessidade de retirada antes para que o veneno não se propague rapidamente para o restante do corpo.

A maior parte das mordeduras por serpentes não são muito dolorosas. Para a dor pode ser usado paracetamol e nunca aspirina, pois pode provocar hemorragia.

Usar compressas mornas nos acidentes escorpiónicos e compressas frias no erucismo (acidente por lagartas), para aliviar a dor.



O paciente deve ser trasladado rapidamente para o hospital e não estar perdendo precioso tempo com medicações e ervas que geralmente não possuem utilidade alguma, sendo muitas vezes danosos e podendo aumentar o risco de via.

Tente identificar o animal, sem a necessidade de capturá-lo, pois isto pode ser perigoso. Se o animal estiver morto, leve-o para o hospital, tomando preocupações devidas, pois mesmo morto, alguns podem injetar veneno

O tratamento antiofídico só pode ser feito em casos onde há sinais potentes de envenenamento grave.

### 3.2 PROFILAXIA:

#### 3.2.1 COMO EVITAR AS MORDEDURAS DE SERPENTES:

As serpentes só mordem quando se vêem surpreendidas por um movimento repentino e não podem fugir.

Não saia ao campo sem calçados, que devem ser preferencialmente do tipo botas longas.

Informe-se sobre as serpentes venenosas do local. Aprenda a distinguí-las e de onde vem; a maior parte delas vivem no solo, outras em árvores e arbustos.

Informe-se das variedades que possuem peçonha e sobre a maneira que tem de atacar.

Não cerque as serpentes, pois pode não fazer a tempo.

Abstenha-se de realizar movimentos bruscos.

Não toque nunca em uma serpente, nem que pareça morta, pois algumas “se fazem de mortas” para atacarem.

Não levante pedras ou troncos, nem coloque a mão em buracos no terreno.

Antes de passar por um tronco examine bem o outro lado para ver se há serpentes.

Não durma no chão. Pode ser atacado por uma serpente ao mudar de posição, quando esta estiver à procura de calor.

Mantenha sempre limpa instalações de propriedade, principalmente a área em volta de residências, evitando acúmulo de lixos e entulhos, e assim, o aparecimento de ratos e consequentemente serpentes.

Tomar o cuidado necessário ao entrar em plantações de bananeira e outras árvores de muita folhagens.

Não tentar pegar as serpentes com as mãos. Utilize sempre um pau maior que a serpente.

Evitar caminhadas durante a noite, pois é neste período que as serpentes venenosa alimentam-se.

Evitar acampar junto a plantações, pastos ou matos sujos.

### 3.2.1 COMO EVITAR CONTATOS COM ARANHAS, ESCORPIÕES E LAGARTAS:

Não saia ao campo sem calçados, que devem ser preferencialmente do tipo botas longas.

Informe-se sobre as aranhas, escorpiões e lagartas venenosos da região.

Não combater inimigos naturais como sapos, pássaros e galinhas, emas, seriema, corujas e gaviões.

Nunca use sapatos, roupas, cobertores ou outros objetos de uso pessoal sem antes verificar, cuidadosamente, se os mesmos trazem escondidos um desses animais.

Ter sempre a mão o número do CIT da sua região ou cidade.

Colocar sacos de areia nas soleiras das portas, fechar buracos, frestas nas paredes, ralos e caixas de gorduras.

Use botas longas, luvas e camisas com mangas compridas, sempre que fizer um trabalho de coleta de lixo, mudança de pilhas de madeiras ou moveis domésticos.

### 3.3 O QUE NÃO SE DEVE FAZER EM CASO DE ACIDENTES POR ANIMAIS PECONHENTOS:

Não dê nada ao paciente por via oral, apenas água para evitar desidratação, em caso de demora do socorro médico.

Não se deve cortar e nem abrir mais as feridas;

Não se aplica torniquete;

Não se coloca medicamentos e nem produtos químicos sobre a ferida, muito menos em seu interior;

Não ponha o dedo na ferida;

Não utilize preparos comerciais contra mordeduras de serpentes.

Todas estas medidas podem evitar o aparecimento de infecções.

### 3.4 SERPENTES:

No Brasil há 04 gêneros de serpentes peçonhentas: Bothrops, Lachesis, Crotalus e Micrurus. Os venenos das serpentes possuem várias frações, com natureza diferentes nos diversos gêneros. O conhecimentos dos sintomas por elas produzidos, auxilia o diagnóstico, permitindo a conduta mais adequada. Noventa por cento dos acidentes ofídios são causados pelas serpentes do gênero Bothrops. Estas serpentes habitam preferencialmente os ambientes úmidos, como matos e áreas cultivadas; locais de proliferação de roedores (paiol, celeiros e depósitos de lenha); zonas rurais e periféricas das grandes cidades. Essas serpentes tem hábitos noturnos e são consideradas as mais agressivas. Quando se sentem ameaçadas atacam em silêncio. (Brito, 1983 & Barros, 1938 & Henry, 1998 & Schvartsmann 1985 & Schvartsmann 1991).



### 3.4.1 *Sinais Clínicos:*

Muitas pessoas sobrevivem as mordeduras das serpentes venenosas, inclusive as de espécie mais perigosas, sem sofrer nenhum tipo de envenenamento, pois as serpentes venenosas podem morder muitas vezes sem injetar o veneno (Brito, 1983 & Barros, 1938 & Henry, 1998 & Schvartsmann 1991).

A gravidade do acidente ofídico depende da quantidade de veneno inoculado e da rapidez do atendimento ao paciente, pois este quanto mais intempestivo, com a administração do soro antiofídico, menores serão as possibilidades de complicações. Geralmente os atendimentos que superam o limite de 06 horas apresentarão abscesso local, necrose adjacente e insuficiência renal aguda.

### 3.4.2 ACIDENTE BOTHRÓPICO:

As serpentes que se destacam neste acidente são: Jararaca, Jararaca-pintada, Jararacuçu e cotiara.

Possui principalmente as frações coagulante, vasculotóxica e proteolítica. (Schvartsmann 1985 & Schvartsmann 1991).

Há vinte espécies encontradas em todo o território nacional. São responsáveis por 90 % dos acidentes ofídicos do país.

Habitam ambientes úmidos (matas e áreas cultivas, locais de proliferação de roedores, zonas rurais e periferia de grandes cidades. Possuem hábitos noturnos e são muito agressivas.

As peçonhas das serpentes são, provavelmente os mais complexos de todos os venenos, contendo vinte ou mais componentes diferentes. Mais de 90% do peso seco do veneno é constituído por proteínas, compreendendo grande variedade de enzimas, toxinas não enzimáticas e proteínas não tóxicas. As frações não protéicas são representadas pelos carboidratos, lipídios, metais, enzimas biogênicas, etc... (Brito, 1983 & Schvartsmann 1985 & Schvartsmann 1991).

### 3.4.2.1 Ação Proteolítica:

Quadro inflamatório local pela:

- Ação de enzimas proteolíticas: Proteases, fosfolipases, hialuronidases, etc...
- Liberação de substâncias farmacologicamente ativas (bradicinina, serotonina, histamina) e outros mediadores do processo inflamatório (prostaglandinas, leucotrienos, PAF).
- Isquemia provocada por microtrombos na circulação e/ou compressão devido ao edema.
- Ação do fator hemorrágico que, *in vitro*, causa necrose muscular.
- A atuação de enzimas proteolíticas do veneno sobre substratos diversos, pode causar lesão tecidual (ação direta) e provocar a liberação de substâncias dos tecidos lesados que, sendo mediadores do processo inflamatório, ampliam estas mesmas lesões (ação indireta).
- A ação de enzimas do veneno botrópico em fosfolipídeos de membranas celulares, pode levar à liberação de ácido araquidônico (através da via catalisada pela cicloxigenase) ou em ácido hidroxieicosatetraênico e leucotrienos (derivados da via catalisada pela lipoxigenase).

Teng e Wang demonstraram que, na patogênese do edema causado por serpente com veneno de atividade proteolítica, há participação de mastócitos, neutrófilos e cininas plasmáticas.

Cury e cols, detectaram a participação do fator ativador de plaquetas (PAF) e dos metabólitos do ácido araquidônico no edema induzido pelo veneno de espécie *Bothrops adusta*.

Com intensidade variável, as ações coagulantes e hemorrágica também influem na evolução da atividade inflamatória. A ação coagulante, ao formar trombos na microvasculatura, provoca conseqüente hipóxia, com agravamento do edema e até

necrose na região da picada, através da lesão do endotélio vascular que propicia o extravasamento de líquidos para o espaço intersticial (Schvartsmann 1991).

#### 3.4.2.2 *Ação Coagulante:*

O veneno botrópico possui capacidade de ativar fatores da coagulação sangüínea, ocasionando consumo de fibrinogênio e formação de fibrina intravascular. Induz freqüentemente, um estado de incoagulabilidade sangüínea.

A maioria das serpentes do gênero *Bothrops* possui, isolada ou simultaneamente substâncias capazes de ativar fibrinogênio, protrombina e fator X (Schvartsmann 1991).

#### 3.4.2.3 *Atividade Fator X:*

É ativado pelo veneno na presença de fosfolipídio e cálcio. (Schvartsmann 1991).

#### 3.4.2.4 *Atividade sobre Protrombina:*

Esta atividade ocorre na presença de fosfolipídios e cálcio e não depende do fator V.

As ações dos ativadores de fator X e protrombina são também conhecidas como pró-coagulantes (Schvartsmann 1991).

#### 3.4.2.5 *Atividade sobre Fibrinogênio:*

A ação direta sobre o fibrinogênio é conhecida como “tipo trombina” ou “trombina like”.

Diferente da trombina que hidrolisa as cadeias alfa e beta do fibrinogênio, liberando os fibrinopeptídeos A e B, a fração trombina like libera apenas o fibrinopeptídeo A da cadeia alfa. Nestas condições não ocorre a formação de



dímeros de fibrina, etapa inicial da produção de fibrina fisiológica. A estabilização de polímeros de fibrina também é prejudicada, pois não ocorre a ativação do fator XIII. Conseqüentemente a fibrina formada pela ação destas frações é bastante instável, sendo rapidamente degradada através da ativação secundária à ocorrência de sangramentos (Schvartsmann 1991).

O veneno botrópico apresenta, *in vitro*, atividade hemolítica, sendo elevada em alguns pacientes, sobretudo nos casos moderados e graves. A hemólise seria explicada pela ação mecânica do coágulo sobre as hemácias, pela hidrólise de fosfolipídeos da membrana, ou indiretamente, através da liberação de isoleucina da lecitina plasmática (Schvartsmann 1991).

#### 3.4.2.6 Ação Hemorrágica:

É atribuída a componentes específicos denominados hemorragianas. São metaloproteinases e representam cerca de 1% do veneno total e são distintas das frações coagulantes. São conhecidos dois fatores hemorrágicos no veneno de B. Jararaca (denominados Bothropasin e HF2) dois no de B. Neuwiedi (denominados NHFa e NHFb) e um no de B. (Mojeni protease A). Ohsaka atribui á hemorragiana atividade sobre a membrana basal do endotélio vascular. Inicialmente com aumento da permeabilidade e a seguir, perda da junção entre as células resultando na ruptura da integridade vascular. Outro mecanismo de ação é sugerido por Queiroz, no qual as hemorraginas exerceriam ação lesiva sobre a membrana basal e posterior destruição do endotélio capilar.

Os fatores hemorrágicos não apresentam atividade sobre a coagulação sangüínea, assim como incoagulabilidade (causada pelo consumo de fibrinogênio) não constitui causa primária de sangramento. Este fato pode ser comprovado pelas seguintes observações:



Sangramento sistêmico pode ocorrer em acidentes por serpentes sem veneno coagulante.

O sangramento pode preceder o defeito na coagulação.

Desfibrilação completa pode persistir por longo tempo, sem que haja sangramento do sistema fibrinolítico.

Deste modo pacientes picados por serpentes com veneno que contém atividade trombina like tendem a apresentar trombos intravasculares que são degradados rapidamente.

Esta fração do veneno não é inibida pela heparina e/ou pela antitrombina III. Resenfeld & Cillo verificaram a incapacidade da heparina em neutralizar a ação coagulante do veneno B. Jararacuçu, confirmado posteriormente por Nahas e cols.

Embora já tenha sido observado, *in viro*, efeito anticoagulante em alguns venenos botrópicos, este achado parece não apresentar maior importância no acidente humano.

Alterações de atividade e contagem de número de plaquetas tem sido descritas. Trombocitopenia pode ocorrer nas primeiras horas e, eventualmente persistir dias (Schvartsmann 1991).

#### 3.4.2.7 Sinais Clínicos:

##### 3.4.2.7.1 Local:

Edema no local da picada, as de moderada gravidade apresentam também edema ascendente a área lesionada.

Marcas das presas, com uma injeção SC ou IM de veneno;

Sangramento no sítio de inoculação;

Processo inflamatório com edema e dor nas primeiras horas;

Linfadenopatia regional com gânglios aumentados e dolorosos;

Equimose no trajeto dos vasos que drenam a região;

Nas primeiras horas ocorre aumento da temperatura local e após 12 horas pode surgir bolhas com conteúdo seroso, hemorrágico, necrótico ou mesmo purulento. (Brito, 1983 & Henry, 1998, Schvartsmann 1985 & Schvartsmann 1991 & CEVAP, 2000).

#### 3.4.2.7.2 *Sistêmico:*

Pequenos sangramentos nos casos leves e moderados, sem repercussão hemodinâmica. Gengivorragias, hematúria microscópica, hemoptíase, epistaxe, sangramento conjuntival, hipermenorragia, hematêmese, etc... Com perda de sangue ocorre anemia e hipotensão, nos casos graves. Hemorragias digestivas e cerebral causando a morte. Sangramento hipofisários com insuficiência hipofisária crônica.

Choque com evolução rara, porém instalação precoce, com presença relacionada a quantidade e via de inoculação do veneno. Liberação de mediadores inflamatórios e/ou substâncias vasoativas, sangramentos sistêmicos abundantes e/ou seqüestro de líquidos para compartimentos acometidos, são características de acidente grave.

A crototoxina isolada por Slotta (1938) é o componente responsável pela alta toxicidade do veneno. Atua nas terminações nervosas inibindo a liberação de acetilcolina, principal fator reponsável pelo bloqueio neuromuscular.

A crotamina isolada por Gonçalves em 1950, produz espasmos musculares.

A gyroxina descrita por Barrio, é pouco conhecida e produz síndrome convulsiva em camundongos.

A convulxina descrita por Prado produz perturbações respiratórias, circulatórias e convulsões. Atua sobre as plaquetas. Estas 04 neurotoxinas isoladas são referidas por Vita Brazil.

#### 3.4.2.8 *Tratamento:*

Administração o mais precocemente possível do soro antibotrópico (SAB) por via IV e na falta deste, associações antibotrópico-crotálico (ABC) ou antibotrópico-laquéstico (ABL).

Manter elevado o membro atingido e empregar analgésico para aliviar a dor.

Hidratação e antibióticoterapia se necessário.

#### 3.4.3 ACIDENTE LAQUÉTICO:

É causado pelas serpentes do tipo surucucu. O veneno possui as fações proteolíticas e vasculotóxicas. As serpentes deste gênero possuem pouca quantidade de veneno, por isso preconiza-se o uso de 300 mg, ou mais, de soro antilaquéstico, por via IV.

O tratamento complementar e os cuidados, são os mesmos da terapia antibotrópica (Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).

#### 3.4.4 ACIDENTE ELAPÍDICO:

As serpentes do gênero *Micrurus*, que são as corais verdadeiras. O veneno possui a fração neurotóxica. As características clínicas são ptose palpebral bilateral, diplopia, anisocoria, mialgia, sialorréia, dispnéia e paralisia respiratória. Pode ocorrer óbito por insuficiência respiratória aguda.

É raro em nosso meio (Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).

##### 3.4.4.1 *Ações do veneno:*

Paralisia flácida. Morte por insuficiência respiratória aguda. Não libera bradicinina e nem provocam hemorragia ou alterações na coagulação. Elevada toxicidade. Os neurotransmissores atuam a nível de junção neuromuscular, devido



a competição da toxina com o neurotransmissor. Encerra também a atividade pré-sináptica, levando à inibição da liberação de acetilcolina (Schvartsmann, 1985).

#### 3.4.4.2 *Tratamento:*

O soro antielapídico (SAE) deve ser administrado na dose de 10 ampolas, pela via IV, segundo especificações da soroterapia.

Pode ocorrer bloqueio da junção mioneuronal, em alguns acidentes pós-sinápticos. A reversão deste bloqueio é possível com o uso de anticolinesterásicos. Desta forma o tratamento da insuficiência respiratória aguda presente, poderá ser tentado com anticolinesterásicos.

Cinco injeções intravenosas de 0,5 mg de neostigmina (0,5 mg), com intervalos de 30 minutos.

Em seguida, administrar a mesma quantidade de neostigmina em intervalos maiores.

Cada administração de neostigmina deve ser precedida de 0,5 mg de sulfato de atropina.

Diante da possibilidade de haver ou não a resposta. Recomenda-se a administração de 10 mg de edro IV (Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).

### 3.5 ACIDENTE CROTÁLICO:

É causado pelas serpentes do tipo cascavéis. As manifestações são precoces, surgindo dentro três horas. Caracteriza-se por “fácies neurotóxicas”, com ptose palpebral, diplopia e anisocoria. Também surgem alterações miotóxicas do veneno, ou seja, urina com cor de “coca cola”, oligúria, anúria e insuficiência renal aguda.

É importante para a enfermagem identificar estas manifestações, para que o cuidado ao paciente possa atenuar ou prever possíveis complicações, como



necroses, insuficiência renal, dentre outras (Brito, 1983 & Barros, 1938 & Henry, 1998 & Schvartsmann, 1991 & Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).

### 3.5.1 *Tratamento:*

É realizado com soro anticrotálico por via IV.

O tratamento complementar consiste em rehidratação por via IV e indução da diurese com manitol a 20% por via IV. Usa-se ainda o bicarbonato de sódio de 1 a 2 mEq/Kg de peso, por hora, para evitar as lesões (Schvartsmann, 1991 & Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).

## 3.6 COMO EVITAR AS MORDEDURAS DE SERPENTES:

As serpentes só mordem quando se vêem surpreendidas por um movimento repentino e não podem fugir. Não saia ao campo sem calçados, que devem ser preferencialmente do tipo botas longas.

Informe-se sobre as serpentes venenosas do local. Aprenda a distinguí-las e de onde vem; a maior parte delas vivem no solo, outras em árvores e arbustos. Informe-se das variedades que possuem peçonha e sobre a maneira que tem de atacar.

Não cerque as serpentes, pois pode não fazer a tempo. Abstenha-se de realizar movimentos bruscos e nem, a toque, mesmo que pareça morta, pois algumas “se fazem de mortas” para atacarem.

Não levante pedras ou troncos, nem coloque a mão em buracos no terreno. Antes de passar por um tronco examine bem o outro lado para ver se há serpentes. Não durma no chão. Pode ser atacado por uma serpente ao mudar de posição, quando esta estiver à procura de calor (Henry, 1998).

### 3.7 O QUE FAZER EM CASO DE MORDEDURAS DE SERPENTES:

O paciente deve ser mantido em posição de recuperação para reduzir os riscos dos vômitos que possam obstruir a garganta.

Deve ser feita vigilância respiratória e cardíaca.

A ferida deve ser limpa com cuidado, utilizando água limpa e sabão, enxugando-a delicadamente.

Nas mordeduras por serpentes que não provocam edema ou lesão no local, segura-se firmemente a zona afetada e em seguida toda a parte do membro, por cima da roupa. Não se deve utilizar torniquete. O membro deve ser apertado com uma atadura ou algo semelhante, com percepção do pulso na parte inferior. O aparecimento da dor intensa no membro com a atadura, pode indicar que esta esteja muito apertada, tendo de ser retirada assim que o paciente chegar no hospital, não havendo a necessidade de retirada antes para que o veneno não se difunda rapidamente para o restante do corpo.

A maior parte das mordeduras por serpentes não são muito dolorosas. Para a dor pode ser usado paracetamol e nunca aspirina, pois pode provocar hemorragia.

A serpente morta pode ser lavada ao hospital para identificação, porém com muito cuidado, pois o corte das cabeça pode soltar veneno (Henry, 1998).

### 3.8 ARANHAS:

As aranhas peçonhentas em geral não vivem em teias, e quando vivem, as fazem irregularmente e não com formas geométricas. Os venenos provocados por aranhas são extremamente dolorosos, podem causar lesões ulceradas e ocasionalmente, ameaçam a vida. As principais aranhas venenosas do nosso estado são: As do gênero *Loxosceles*, *Phoneutria*, *Lycosa* (Schvartsmann, 1991 & Schvartsmann, 1985 & CEVAP 2000).

As aranhas que constroem teia simétricas, são destituídas de importância médica e as grandes aranhas caranguejeiras raramente causam acidentes importantes.

É elevada a incidência de acidentes necrosantes e/ou hemolíticos por *Loxosceles*, no Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Schvartsmann, 1991).

### 3.8.1 *Tratamento:*

Os soros antipeçonhentos podem ser úteis para tratar lesões locais, causadas por aranhas e sinais gerais de envenenamento. A ferida deve ser tratada como uma queimadura, sem cobri-la.

A dor pode ser tratada com analgésicos gerais. A morfina não deve ser utilizada devido ao risco de depressão respiratória.

Algumas aranhas podem provocar lesões tissular locais e úlceras no local da mordedura, que as vezes se estendem para todo o membro.

As mordeduras das serpentes podem provocar tétano e por isto, sempre que possível administrar anti-toxina tetânica. SHV

Injeções desnecessárias devem ser evitadas, pois se a coagulação estiver defeituosa, pode haver risco de hemorragia.

Se o paciente estiver com insuficiência renal, deve beber o suficiente para evitar desequilíbrio dos líquidos. Às vezes há a necessidade de recorrer à diálises.

Em caso de paralisia respiratória, pode se necessário a ventilação assistida.

A saída de líquidos dos vasos sangüíneos alterados pelo veneno das serpentes pode provocar estado de choque com hipotensão. Esta complicação é freqüente em algumas espécies. Deve-se administrar líquido IV.

Deve-se evitar cirurgias, pois podem provocar complicações e lesões permanentes no membro mordido.



Algumas pessoas são muito sensíveis a picadas de insetos, podendo apresentar erupção local generalizada e enrijecimento da pele. Em casos graves o paciente sente-se muito mal, com queda da pressão torácica, edema no rosto e dispnéia, seguida de sibilância e diminuição do nível de consciência.

Em caso de dificuldade respiratória, o paciente deve ser colocado em posição de recuperação. Se houver apnéia e parada dos batimentos cardíacos, deve ser feita RCP e administração de adrenalina por via IV.

A infecção e a dor podem ser aliviadas com compressas de água fria. A dor pode ser aliviada também com o uso de paracetamol. Não deve ser usado aspirina (Henry, 1998).

### 3.8.2 LOXOSCELES (Aranha Marrom):

Corresponde a forma mais grave de araneísmo do Brasil. A maioria dos casos se concentra nos estados do Sul, particularmente Paraná e Santa Catarina. O acidente ocorre mais comumente nos adultos, com discreto predomínio em mulheres, ocorrendo no Intradomicílio. Observa-se uma distribuição centrípeta das picadas, acometendo coxa, tronco ou braço. O veneno possui ação proteolítica e hemolítica.

Segundo Tamburje, bióloga/imunologista, do laboratório Butantã, que fez seu doutorado em regulação do sistema complemento, em palestra realizada no auditório do HU em Abril de 2001, a *Loxosceles* recusa possui o veneno que causa morte. Ela é encontrada na América do Sul, Canadá, América do Norte e Europa.

A maior causadora de acidentes aracnídeos no Brasil é a *Loxosceles intermédia*, bastante encontrada no estado do Paraná.

A espécie *laeta* é a maior causadora de acidentes, principalmente em crianças, nos estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e na região da América Latina.



Esta espécie é a que possui o veneno pior entre todas as loxosceles. São mais robustas.

Em qualquer das espécies, a fêmea é maior comparada ao macho, possuindo também uma glândula maior, o que lhe faz ter uma maior quantidade de veneno, sendo este mais potente que o do macho.

As loxosceles não são aranhas agressivas, mas a Laeta é a mais agressiva entre as loxosceles, e a única que gosta de ficar dentro de casa, em roupas de uso, roupas de cama, toalhas, sapatos, etc.

O veneno da Laeta possui aproximadamente 8 estágios, sendo que desde o 3º estágio à fase adulta, todas possuem toxinas ativas.

Quando comprimidas pelo corpo, causam lesões.

Existem pessoas mais e pessoas menos sensíveis.

### 3.8.2.1 *Quadro Clínico* :

#### 3.8.2.1.1 Local: Dermonecrose.

3.8.2.1.2 Sistêmica: Cutâneo visceral. Uma pode ocorrer independentemente da outra (Teng, 1988).

A picada é quase sempre imperceptível e o quadro clínico decorrente do envenenamento se apresenta sob dois aspectos fundamentais:

#### 3.8.2.1.1. *Forma cutânea* :

Varia 87% a 97% dos casos. De instalação lenta e progressiva. Caracterizada por edema endurecido e eritema no local da picada, que são pouco valorizados pelo paciente.

Os sintomas locais se acentuam nas primeiras 24 a 72 horas após o acidente, podemos variar sua apresentação desde:

3.8.2.1.1.1. *Lesão Incaracterística*: Bolha de conteúdo seroso, edema, calor, rubor, com ou sem dor em queimação.

3.8.2.1.1.2 *Lesão Sugestiva*: Endurecimento, bolha, equimoses e dor em queimação.

3.8.2.1.1.3 *Lesão característica*: Dor em queimação, lesão hemorrágica focal, mesclada com áreas pálidas de isquemia (placa marmórea) e necrose. Geralmente o diagnóstico é feito nesta oportunidade.

As picadas em tecido frouxo, como a face, podem apresentar edema e eritema exuberante, prurido generalizado, petéquia, mialgia, náusea, vômito, visão turva, diarreia, sonolência, obnubilação, irritabilidade e coma. (Henry, 1998 & Schvartsmann, 1991 & Schvartsmann, 1985 & Slotta 1938-1939).

#### 3.8.2.1.2. *Forma Cutânea Visceral*:

Além do comprometimento cutâneo, observam-se as manifestações clínicas em virtude de hemólise intravascular como anemia, icterícia e hemoglobinúria que se instalam geralmente nas primeiras 24 horas. Este quadro pode ser acompanhado de petéquias e equimoses, relacionadas à coagulação intravascular disseminada (CIVD). Esta forma é descrita em 1 a 13% dos casos, dependendo da região e da espécie da aranha envolvida.

Os casos graves podem evoluir para insuficiência renal aguda, de etiologia multifatorial (diminuição da perfusão renal, hemoglobinúria) e CIVD, principal causa de óbito no loxoscelismo.

Com base nas alterações clínico-laboratoriais e identificação do agente causal, o acidente loxoscélico pode ser classificado em três tipos:

#### 3.8.2.2 *Classificação:*

##### 3.8.2.2.1 *Leve:*

Lesão incharacterística sem alterações clínicas ou laboratoriais e com a identificação da aranha causadora do acidente. O paciente deve ser acompanhado pelo menos 72 horas, uma vez que mudanças características da lesão ou presença de manifestações sistêmicas exige reclassificação da gravidade.

##### 3.8.2.2.2 *Moderado :*

O critério fundamental baseia-se na presença da lesão sugestiva ou característica, mesmo sem a identificação do agente casual, podendo ou não haver alterações sistemáticas do tipo rash, cefaléia e mal estar.

##### 3.8.2.2.3 *Grave:*

Caracteriza –se pela presença de lesão característica e alterações clínico-laboratórias de hemólise intravascular.

#### 3.8.2.3 *Tratamento:*

Dados experimentais revelaram que a eficácia da soroterapia é reduzida após 36 horas da inoculação do veneno. A vacinação antitetânica está indicada. (Henry, 1998 & Schvartsmann, 1991 & Animais Peçonhentos, 2000).

### 3.8.2.3.1 *Específico: Soroterapia*

#### 3.8.2.3.2 *Outros:*

Corticoterapia : Prednisona VO na dose de 40mg/dia para adulto e crianças, durante pelo menos cinco dias.

Dapsone (DDS): Tem sido testada, em associação com soroterapia, para redução do quadro local, na dose de 50 a 100 mg/dia, VO, por duas semanas aproximadamente.

Nem sempre o soro resolve tudo. Neutraliza a maioria das moléculas do veneno. A lise é mediada pelo sistema complemento. Então a regulação do sistema complemento falhou. As toxinas são fosfolipases bastante específicas. Esfingomielinas. Só hidrolisam esfingos. Transformam as células em ativadoras do sistema complemento. Induzem hemólise e dermonecrose. Possuem atividade esfingomilinaase. A ação da esfingomielina (lipases) é inibida pela IDPA (Tamburje, 2001)

Reguladores:

DACR1 início da cascata

CD59 inibe fim da cascata

Citometria de fluxo: Célula + anticorpo 2°. Com laser se vê o pico de fluorescência, que cai quando remove.

Se incorporam na membrana neutra, células T, plaquetas, macrófagos, etc, qualquer célula, grudando com efeito dose resposta.

Em superfícies ricas em ácido cíoleco á menor a ativação do complemento (Teng, 1988).



### 3.8.3 PHONEUTRIA:

Os acidentes por phoneutria são muito freqüentes. Essas aranhas possuem hábitos noturnos e são muito agressivas. São encontradas com freqüência em ambientes úmidos, interior de residências e calçadas, plantações de cana e de bananeira. Ao serem molestadas não fogem, apoiam-se nas pernas traseiras e erguem as dianteiras em posição de ataque, por isso recebem o nome popular de armadeira. Ao picar causam dor imediata no local da picada podendo se irradiar até a raiz do membro afetado, pela ação neurotóxica periférica do seu veneno (CEVAP, 2000).

Não constróem teia geométrica, sendo animais errantes que caçam principalmente à noite. Os acidentes ocorrem freqüentemente dentro das residências e nas suas proximidades, ao se manusearem material de construção, entulhos, lenha, ou calçando os sapatos (Britto, 1983).

#### 3.8.3.1 *Quadro Clínico:*

Predominam as manifestações locais. A dor imediata é o sintoma mais freqüente. Em apenas 1% dos casos os pacientes se apresentam assintomáticos após a picada. Sua intensidade é variável, podendo se irradiar até a raiz do membro acometido.

Outras manifestações são: Edema, eritema, parestesia e sudorese no local da picada, onde podem ser visualizadas as marcas de dois pontos de inoculação (CEVAP, 2000)

#### 3.8.3.2 *Tratamento:*

O tratamento, dependendo do caso, pode ser sintomático ou específico.

### 3.8.3.2.1 *Sintomático:*

A dor local deve ser tratada com infiltração (lidocaína a 2% sem vasoconstrictor). Caso seja necessário mais de duas infiltrações, e desde que não exista sintomas de depressão do SNC, recomenda-se o uso cuidadoso de meperidina (Dolantil), nas seguintes doses. Crianças 1,0 mg/Kg de peso IM e adultos 50-100 mg IM. A imersão do local em água normal, auxilia no alívio da dor. (Henry, 1998 & Schvartsmann, 1985).

#### 3.8.3.2.1.1 *Específico:*

Soroterapia nos casos com manifestações sistêmicas em crianças e em todos os acidentes graves (Schvartsmann, 1991).

### 3.8.4 LYCOSA:

As aranhas Lycosa, não fazem teias, possuem hábitos diurnos e são pouco agressivas. Tem o nome de tarântula ou Aranha de Jardim e são encontradas geralmente em gramados. Apresentam um desenho em forma de seta no dorso e abdome. Possuem veneno como a Phoneutria, também neurotóxico periférico, porém de menor toxicidade e ao picar causa dor pouco intensa e de curta duração no local (CEVAP, 2000).

#### 3.8.4.1 *Tratamento:*

Restringe-se ao curativo local. Não há necessidade de soroterapia específica (CEVAP, 2000).

### 3. 9 LAGARTAS:

A quase totalidade dos acidentes lepidópteros decorre do contato com lagartas, recebendo este tipo de acidente a denominação de erucismo, onde a lagarta é também conhecida como taturana ou taturana (Henry, 1998 & Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).

A *Lonomia* é encontrada nos seringais do Amapá, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

As principais famílias de lepidópteros causadores de erucismo são as Saturniidae, Megalopygidae e Arctiidae.

#### 3.9.1 SATURNIIDAE:

As lagartas desta família apresentam “espinhos” ramificados e pontiagudos com aspecto arbóreo, com glândulas de veneno nos ápices. Apresentam tonalidades esverdeadas, exibindo no dorso e laterais, manchas e listras, características de gêneros e espécies. Muitas vezes mimetizam as plantas que habitam. Nesta família se incluem as lagartas do gênero *Lonomia* sp, causadoras da síndrome hemorrágica. São popularmente conhecidas como orugas ou rugas, beijus-de-tapuru-seringueira (Burchel, 1980 & Henry, 1998 & Schvartsmann, 1991 & Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000)

O contato com lagartas do gênero *Lonomia* sp pode desencadear a síndrome hemorrágica, que nos últimos anos, vem adquirindo significativa importância médica em virtude da gravidade da expansão dos casos, principalmente na região Sul (Henry, 1998 & Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).



### 3.9.1.2 SÍNDROME HEMORRÁGICA POR CONTATO COM LONOMIA:

#### 3.9.1.2.1 *Mecanismo de ação do veneno:*

O contato com os espinhos do dorso das larvas promove um distúrbio de coagulação decorrente da ação de substâncias presentes em seus líquidos biológicos. Inicialmente caracterizado como de ação fibrinolítica, o veneno parece na verdade ter um complexo de ações variáveis, talvez em função da idade das larvas. Uma ação ativadora do plasminogênio semelhante a uroquinase ou a do TPA, ou ainda semelhante a da calicreína, ou a do fator X ativado. Se um paciente entrar em contato com a larva cuja hemolinfa predominam substâncias de lise primária e se, ao contrário, se houver predominância da ação semelhante á da calicreína ou a do fator X ativado, desenvolve uma síndrome de coagulação intravascular disseminada, que leva fibrinólise secundária (Schvartsmann, 1985).

São larvas polífagas, com preferência pelas Seringueiras. São espinhosas. Podem chegar a 5,5 cm.

Possuem cor marrom-claro-esverdeado, com manchas amarelo-ocreadas. Uma pequena mancha no dorso. Corpo percorrido por faixas longitudinais castanho-escura. Espinhos negros no ápice e cinzentos na base, com uma haste principal. Cabeça cor de caramelo. No conjunto mimetizam o tronco por homocromia (Henry, 1998).

3.9.1.2.2 *Ações do veneno:* O mecanismo da síndrome hemorrágica pela toxina da *Lonomia* sp, ainda não está esclarecido. A ação do veneno parece estar associada a diminuição do fator XII, responsável pela estabilização da fibrina e controle da fibrinólise. Parece também que ocorre fibrinogemia atribuída a uma atividade fibrinolítica intensa e persistente, associada a uma ação anti-coagulante moderada. Não se observa alteração das plaquetas (Henry, 1998)

### 3.9.1.3 *Quadro Clínico:*

Constitui-se a forma mais grave do erucismo, além do quadro local de dermatite urticante, presente imediatamente após o contato, manifestações gerais inespecíficas podem surgir mais tardiamente, tais como: Cefaléia holocraniana, mal estar geral, náuseas, vômitos, ansiedade, mialgias e em menor frequência, dores abdominais, hipotermia e hipotensão.

Após um período que pode variar de 1 até 48 horas, instala-se um quadro de discrasia sangüínea acompanhado ou não de manifestações hemorrágicas que costumam aparecer 8 a 72 horas após o contato. Equimoses podem ser encontradas podendo chegar a sucussões hemorrágicas extensas, hematomas de aparecimento espontâneo ou provocados pôr trauma ou em lesões cicatrizadas, hemorragias de cavidades mucosas (gengivorragia, epistaxe, hemtêmese, enterorragia) hematúria macroscópica, sangramento em feridas recentes, hemorragia intra-articulares abdominais (intra e extraperitoniais), pulmonares, glandulares (tireóide, glândulas salivares) e hemorragia intraparenquimatosa cerebral (Henry, 1998 & Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).

De acordo com a intensidade dos distúrbios hemostásicos, o acidente pode ser classificado como:

3.9.1.3.1 *Leve:* Envenenamento local sem alteração da coagulação ou sangramento até 48 horas após o acidente, confirmado com a identificação do agente.

3.9.1.3.2 *Moderado:* Paciente com envenenamento local, alteração da coagulação somente, ou manifestações hemorrágicas na pele e/ou em mucosas (gengivorragias, equimose, hematoma) hematúria e sem alteração hemodinâmica (hipotensão, taquicardia e choque).

3.9.1.3.3 *Grave*: paciente com alteração da coagulação, manifestações hemorrágicas em vísceras (hematêmese, hipermenorragia, sangramento pulmonar, hemorragia intracraniana) e com alterações hemodinâmicas e/ou falência de múltiplos órgãos ou sistemas (Henry, 1998 & Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).

3.9.1.4 *Tratamento*: O paciente deve ser mantido em repouso evitando-se traumas mecânicos. Agentes antifibrinolíticos tem sido utilizados como:

- Ácido epsilon-aminocapróico (epsilon + ampola de 1 a 4 gramas) 30 mg/Kg de peso como dose inicial por via IV, seguida de 15 mg/Kg de peso a cada 4 horas até normalização da coagulação.
- Aprotina (Trasviol) utilizada na Venezuela, porém não disponível no nosso meio.
- Correção da anemia, com a administração de concentrado de hemácias (Henry, 1998)

### 3.10 ESCORPIONISMO:

Os escorpiões de importância médica no Brasil pertencem ao gênero *Tityus*, que é o mais rico em espécies, representando cerca de 60 % da fauna escorpiônica. Os acidentes pôr escorpiões são pouco freqüentes. São animais pouco agressivos e de hábitos noturno. Encontrados em pilhas de madeira, tronco de árvores, em baixo de pedras, tijolos e lixo. Adaptam-se bem ao ambiente doméstico como rodapés soltos, forro de madeira e esgoto (Burchel, 1980 & Henry, 1998 & Schvartsmann, 1991 & Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).

Entre inúmeras espécies no Brasil apenas o escorpião amarelo (*TITIVUS serrulatus*) e o Marrom (*TITIVUS bahiensis*) são considerados como os mais venenosos.



Em Santa Catarina, dos peçonhentos, é encontrado apenas o *T. bahiensis*, que possui peçonha neurotóxica, e ao picar provoca dor local imediata e irradiada.

No litoral do nosso estado é encontrado ainda um escorpião do gênero *Bothriurus* (escorpião preto), considerado não peçonhento, pois sua picada não traz maiores conseqüências (Burchel, 1980 & Henry, 1998 & Schvartsmann, 1985). A picadura do escorpião provoca edema e dor no local. Quando mais numerosas as picaduras ou mordidas, mais grave é o efeito.

### 3.10.1 Mecanismo de ação do veneno:

É uma mistura complexa, composta de grandes números de proteínas básicas, associadas a aminoácidos livres e não contendo fibrinogênio.

Barbos verificou que as lesões provocadas pelo envenenamento situavam-se preferencialmente no bulbo, mesencéfalo e pretuberância, o que explicaria as alterações observadas no sistema digestivo, circulatório, respiratório, urinário e térmico. No entanto estudos posteriores demonstram que os locais de ação não deveriam estar localizados no SNC, visto que a maioria dos seus efeitos eram observados em animais espinalectomizados e em órgão isolados (Schvartsmann, 1985).

Atualmente está bem estabelecido que a toxina escorpiônica ocasiona efeitos complexos nos canais de sódio, produzindo despolarização das terminações nervosas pós ganglionares do sistema simpático e parassimpático.

Há liberação maciça de adrenalina, noradrenalina e acetilcolina. A liberação de acetilcolina causa aumento das secreções das glândulas lacrimais, nasais, sudoríparas, da mucosa gástrica e do pâncreas. Observa-se piloereção, alteração do sistema termo regulador, tremores, espasmos musculares, priapismo, miose, diminuição da frequência cardíaca e hipotensão. O aumento

das perdas gastrointestinais, juntamente com a sudorese e hipertermia, pode levar ao desequilíbrio hidroeletrolítico, contribuindo para o choque.

Sofer, S. & Gueron, M acreditam que os distúrbios do SNC, sejam na maioria dos pacientes de origem funcional, devido aos efeitos das grandes quantidades de catecolaminas circulantes no cérebro. A adrenalina pode causar agitação, apreensão, tremores e quando em altas doses, esturpor, epasticidade e convulsão. As alterações do equilíbrio ácido-básico e das trocas gasosas podem causar alterações neurológicas (Schvartsmann, 1985).

### 3.10.2 *Quadro Clínico:*

Dor local, parestesias e casos graves em crianças. Podem surgir manifestações sistêmicas gerais, digestivas, cardiovasculares, respiratórias e neurológicas (Henry, 1998).

#### 3.10.2.1 *Sinais e sintomas:*

##### 3.10.2.1.1 *Locais:*

Dor, hiperestesia, parestesia, hiperemia, edema, halo róseo em torno do ponto da picada, estendendo-se com mancha avermelhada ao redor do ponto de inoculação. Sudorese, alteração equilíbrio térmico, piloereção local (Schvartasmann, 1985).

##### 3.10.2.1.2 *Gerais:*

Sudorese, sialorréia, lacrimejamento, rinorréia, tosse, espirros e priapismo. Sinais e sintomas gastrointestinais como: Náuseas, vômitos e cólicas. Waterman observou em vários pacientes com envenenamento escorpiónico, alterações pancreáticas, devendo-se considerar a possibilidade de existir uma pancreatite aguda desencadeada pela ação tóxica direta da peçonha.

Sintomas cardiovasculares como: hipertensão, hipotensão, arritmias, desde taquicardia sinusal até ritmos idioventriculares, extra-sístoles, marcapassos mutáveis e bloqueios na condução átrio-ventricular. Nos casos mais graves: Insuficiência cardíaca e edema aguda de pulmão.

Sintomas respiratórios, que podem ser agravados pela presença de grande quantidade de secreções e presença de constrição traqueobrônquica. Taquipnéia é a primeira alteração. A dispnéia predomina durante a evolução. A bradipnéia observa-se na fase final, junto com a bradicardia.

Sintomas neuromusculares como: Astenia, acompanhado ou não de graus variados de sonolência, tremores, contrações musculares e convulsões. Alteração da visão, tonturas, cefaléias, mistagno, dificuldade de marcha, delírio, alterações do olfato, hemiplegia e monoplegia (Schvartsmann, 1985).

### 3.10.3 *Classificação Clínica:*

3.10.3.1 *Leve:* Apresenta apenas dor, taquicardia, agitação discreta, e vômitos.

3.10.3.2 *Moderada:* Sinais e sintomas locais, sudorese, calafrios, salivação excessiva, taquicardia, polipnéia e hipertensão.

3.10.3.3 *Grave:* Vômitos profusos frequentes, náuseas, sialorréia, sudorese, agitação, alteração de temperatura, taquicardia, hipertensão, polipnéia, broncorréia, espasmos musculares, tremores e convulsões. Evolução para quadro mais grave com bradicardia, dificuldade respiratória, edema agudo de pulmão, colapso cardiovascular, prostração, coma e morte (Schvartsmann, 1985).



### 3.10.4 *Tratamento:*

#### 3.10.4.1 *Sintomático:*

Analgésico para dor ou anestésico local (lidocaína a 2% sem vasoconstrictor).

Hidratação parenteral para os distúrbios hidroeletrolíticos.

Uso de metoclopramida para vômitos.

Manutenção das condições vitais através de monitorização contínua da FC, ritmo respiratório, fluxo urinário, e ECG. Suporte ventilatório.

Cateterização de veia para medicação e soroterapia.

Diuréticos para insuficiência cardíaca e/ou edema agudo de pulmão (Schvartsmann, 1985).

#### 3.10.4.2 *Soroterapia específica:*

Via EV, não diluída, gota a gota, por um tempo de 15 a 20 minutos, sob vigilância contínua da equipe médica e/ou enfermagem.

2 a 4 ampolas para moderados e 5 a 10 para graves (Schvartsmann, 1985).

### 3.11 SOROTERAPIA:

Em agosto de 1901, Vital Brasil, mineiro, médico, diretor do instituto soroterápico do Estado de São Paulo, situado do Butantã, terminou as primeiras três partidas dos soros antipeçonhentos. O anticrotálico para cascavéis, o antibotrópico contra as jararacas, a urutu e caíçaca e o antiofídico contra a cascavél e as serpentes do atual gênero *Bothrops*. Os soros foram ensaiados clinicamente desde 1902 e até o dia de hoje estão salvando milhares de vidas (Burchel, 1980).

O antiveneno constitui uma solução purificada de imunoglobulinas específicas, obtidas do soro dos eqüinos hiperimunizados com veneno de serpentes, aranhas e

escorpiões. No Brasil a produção é feita pelos institutos Butantã (SP), Vita Brasil (RJ) e Fundação Ezequiel Dias (MG) (Schvartsman, 1985 & Schvartsman, 1991).

#### 3.11.1 *Normas para Soroterapia:*

Soro certo;

Quantidade segura e suficiente;

Toda dose necessária de uma só vez;

O mais rápido possível após a picada;

Via mais rápida;

Local do corpo que não impeça a livre movimentação (Henry, 1998).

#### 3.11.2 *Soros:*

*Antibotrópico*

*Anticrotático*

*Antiofídico*

*Antielapídico*

*Antilaquético*

*Antibotrópico-laquético*

*Antiloxoscélico*

*Antiaracnídeo*

#### 3.11.3 *Conservação:*

Deve ser realizada em geladeira entre 2 e 8 graus centígrados, evitando o congelamento (Schvartsman, 1985).

#### 3.11.4 *Validade:*

De 2 a 3 anos a partir da data de fabricação. Em caso de emergência pode ser aplicado após a validade, considerando a metade da capacidade neutralizante (Schvartsmann, 1985).

#### 3.11.5 *Dosagem:*

Independente do peso e da idade (Schvartsmann, 1985).

#### 3.11.6 *Via:*

Intravenosa (Schvartsmann, 1985)

#### 3.11.7 *Diluição:*

De 1:5 a 1:10 de solução fisiológica para diminuir a incidência e a gravidade das reações ao soro.

Alguns estudos foram realizados e a maioria deles concluíram que não é vantajoso a utilização do teste alérgico, devido a perda preciosa de tempo, uma vez que o teste não é suficientemente sensível.

Se por ventura o teste for realizado antes do uso de antihistamínico e/ou corticosteróides, deve ser salientado que as reações adversa à soroterapia, podem se manifestar nas primeiras horas e podem ser desde a forma leve, até extremamente grave, através de 03 mecanismos: ( Henry, 1998 & Melo, 1996 & Schvartsmann, 1985 & CEVAP, 2000).

##### 3.11.8.1 *Reação Pirogênica:*

Causada pela interação das enzimas bacterianas existentes no soro, com os macrófagos do doente, que por sua vez acabarão por proliferar interleucina-1 (IL-1)



que irá atuar e produzir febre. Clinicamente o doente manifestará calafrios, culminando com a febre.

O tratamento da reação pirogênia deve ser feito através da diminuição do gotejamento do soro ou parada da infusão, dependendo da gravidade da reação;

Verificação do doente, para se saber se está recebendo outro tipo de soro concomitante que eventualmente possa estar contaminado com toxina. Administração de Dipirona (Novalgina) 2 a 4 ml pela via IV. Em crianças utilizar de 10 a 15 mg/Kg de peso (Schvartsman, 19985 & Animais Peçonhentos 2000).

3.11.8.2 *A reação anafilática* é mediada por imunoglobulinas do tipo E (IgE). Ocorre em indivíduos previamente sensibilizados aos produtos do cavalo, entre eles a carne, o pêlo e os próprios soros heterólogos. Deve-se detectar esta reação, pelo menos teoricamente pelas prova intradérmica. (Schvartsman, 1985 & CEVAP, 2000).

3.11.8.3 *A reação anafilactóide* não implica em sensibilização, pode surgir com a aplicação da primeira dose antiveneno. Nesse caso ocorre a liberação de anafilatoxinas, que são capazes de degradar basófilos, por meio de receptores específicos. A reação é detectada pela prova intradérmica (Schvartsman, 1985 & CEVAP 2000).

3.11.8.4 *O tratamento* das reações anafiláticas ou anafilactóides se faz com:

Adrenalina ampola a 1:1000. É a única medida eficaz e usada na dose de 0,3 a 1 ml (0,001 mg/Kg de peso) pela via IV. Em caso de parada cardíaca utilizar as vias IV e/ou intracardíaca.

Anti-histamínico do tipo prometazina (Fenergam): Utilizar 0,1 a 0,5 mg/Kg de peso, pelas via IM e/ou IV.

Aminofilina: Nos casos de broncoespasmos. Utilizar 7 mg/Kg de peso. Além disso, deve-se instalar catéter de O<sub>2</sub> para amenizar a hipóxia.

Corticosteróides do tipo hidrocortisona (solucortef): Utilizar 7 mg/Kg de peso corporal diluídos em 100 ml de solução glicosada via intra venosa a cada 06 horas (CEVAP, 2000).

O manual do Ministério da Saúde para acidentes por animais peçonhentos preconiza, 15 minutos de soro anti-peçonhento e o uso de seguintes medicações, com o objetivo de prevenir-se as reações imediatas:

Dextroclorfeniramina (Polarime): Utilizar 0,08 mg/Kg de peso na criança e 5 mg no adulto pela IV ou prometazina (Fenergam) 0,5 mg por Kg de peso via IM.

Hidrocortisona (Solucortef): Aplicar 10 mg por kg de peso na criança e no adulto pela via IV;

Cimetidine (Tagamet): Utilizar 10mg por kg de peso na criança e no adulto pela via IV.

A seguir o soro anti-peçonhento deve ser aplicado pela via IV sem diluição, durante 15 a 30 minutos, sob vigilância contínua da equipe médica assistente. As reações inerentes a soroterapia podem ser imediatas, como o choque anafilático, ou tardias, manifestando-se 5 a 20 dias após o uso do soro.

3.11.8.5 *O tratamento complementar* para o acidente botrópico, consiste em internar sempre o paciente e colocá-lo em repouso na posição postural, para remissão mais rápida do edema. Para isso deita-se em decúbito dorsal horizontal e o membro afetado elevado. O tratamento local das lesões, pode ser feito com banhos com permanganato de potássio a 1:40.000, além do uso de analgésico e vacina antitetânica. O antibiótico mais utilizado é a Cefuroxina Zinnat. O soro antitetânico deverá ser indicado em casos de acidente grave com extensas áreas necrosadas (CEVAP, 2000).

### 3.12 EXAMES FEITOS EM CASO DE ACIDENTES POR ANIMAIS PECONHENTOS:

#### 3.12.1 TAP:

##### Tempo de Atividade Protrombina:

Indica principalmente a existência de defeitos no sistema extrínseco da coagulação. Se o defeito no fibrinogênio for grave, ele também irá produzir resultados anormais do TAP, uma vez que o teste depende de um mecanismo intacto da fibrina para produzir o coágulo.

Os defeitos plaquetários ou dos fatores do sistema intrínseco antes do estágio de conversão da protrombina em trombina, não afetam o TAP.

A teoria da coagulação considera a conversão da protrombina em trombina como a principal reação diretamente afetada pela atividade de tromboplastina e, assim, a protrombina é comumente considerada o principal agente medido no TAP. Na verdade o teste é muito mais sensível ao fator VII do que a protrombina.

Cada laboratório possui o seu parâmetro dosado como “normal”. O “normal” do HU é de 14.5, sendo o do paciente sempre o desconhecido, fazendo-se então a relação normal X desconhecido.

A numeração desta relação vai de 70 a 100, sendo o linear de 100 importante para o estudo de casos de trombose, entre 70 e 100 para estudos de casos de animais peçonhentos, e menor que sem, não tem importância clínica. Se for utilizado a medida internacional, ou seja o RNI, valores acima de 1.3 já promovem risco de hemorragias, então o clínico responsável efetua a análise e entra com o soro.



### 3.12.2 TTPA ou KPPT:

Cada laboratório dosa o seu “normal”. No HU o “normal” é 32.5. Se faz a relação normal X desconhecido, sendo que o resultado não pode ser maior que 1.3, para não estar alterado.

Adiciona-se ao plasma do paciente um reagente de tromboplastina “incompleto”, juntamente com o cálcio, e determina-se o tempo necessário para a formação de um coágulo de fibrina.

O TTPA mostrava-se útil para detectar anormalidades dos fatores intrínsecos, porém era relativamente insensível aos efeito da heparina, então verificou-se que a adição de certos “ativadores de contato” ao reagente de TTPA ativa o fator XII. O TTPA ativado e sensível à heparina. O TTPA mostra-se muito sensível aos efeitos das deficiências de fatores da coagulação do sistema intrínseco antes da etapa de conversão da protrombina em trombina. Além disso, pode ser anormal nas deficiências de protrombina ou de fibrinogênio.

O TTPA não é tão sensível às normalidade da protrombina como o TAP, porque a tromboplastina extrínseca utilizada na determinação do TP é mais potente do que o complexo ativador de protrombina do sistema intrínseco produzido pelo TTPA, de modo que o TAP tem a capacidade de demonstrar defeitos relativamente menores na protrombina. As anormalidades das plaquetas não influenciam o TTPA.

### 3.12.3 Problemas técnicos que afetam a interpretação dos resultados do TAP e do TTPA:

Os resultados podem ser afetados por excesso de anticoagulantes em relação a quantidade de plasma.

No sangue com hematócrito elevado, os eritrócitos em excesso estão substituindo parte do plasma.

mais freqüentes das elevações falsas do TTPA (e por vezes do TAP) surge da tentativa de manter vias IV não ocluídas através de infusões de heparina.

Em pacientes submetidos a heparinoterapia com infusão constante, os sistemas de infusão defeituosos ou inadequadamente calibrados, parecem constituir o motivo de flutuações inexplicáveis do TTPA.

#### 3.12.4 TC:

O teste não se mostra sensível às anormalidades das plaquetas e apresenta-se relativamente insensível às anormalidades da protrombina ou do fator VII. Na deficiência dos fatores da via intrínseca ou do fibrinogênio, o teste só exibe uma sensibilidade moderada, exigindo a presença de considerável grau de deficiência para produzir resultados anormais. O TC é razoavelmente sensível ao efeito da heparina.

Nos casos de acidentes por animais peçonhentos, pode-se considerar:

TC normal até 09 minutos

TC prolongado de 10 a 30 minutos

TC inoculável acima de 30 minutos

## **4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM INTOXICAÇÕES**

### **4.1 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM INTOXICAÇÃO POR ANIMAIS PEÇONHENTOS:**

Através de um estudo sobre a assistência de Enfermagem, Tourinho (1992 p. 33) em seu Trabalho de Conclusão de Curso, elaborou um esquema, que consiste em:

1<sup>°</sup> - Puncionar veia com scalp 19 ou 21, ou abbocath 18, para que o tratamento específico seja feito com maior rapidez. 2<sup>°</sup> - Colher sangue por tempo de coagulação e outros exames. Colocá-lo em um tubo de ensaio e mantê-lo na mão até sua coagulação, contando o tempo em minutos (30' é incoagulável), para diferenciação e confirmação do acidente por animal peçonhento.

3<sup>°</sup> - Iniciar hidratação com solução glico-fisiológico a 5%. Usar equipo de fluidoterapia com pelo menos 4 vias, para que não ocorra desequilíbrio hidroeletrólítico e como profilaxia de complicações renais pela diminuição do volume.



4\* - Aplicar medicação anti-histamínica protetora, segundo prescrição médica. Aguardar 15-20 minutos, Como profilaxia de possíveis reações anafiláticas/anafilactóides pela aplicação do soro heterólogo específico (gamaglobulinas).

5\* - Aplicar soro anti-veneno específico EV, após 15-20' com infusão rápida e contínua (20-30') conforme prescrição médica, para que a medicação dê a cobertura à aplicação do soro. Este deve correr rápido para neutralizar o veneno circulante com maior rapidez.

6\* - Aplicar soro com vigilância direta do enfermeiro, com carro de emergência próximo ao paciente, pois assim, se ocorrer reações o enfermeiro estará ao lado do paciente, podendo fechar o soro antiveneno específico, abrir o glicosado e juntamente com o médico, medir a reação e posteriormente voltar a soroterapia.

7\* - Monitorizar rigorosamente diurese do paciente (cor e quantidade). Estes pacientes podem desenvolver IRA pela ação das toxinas do veneno. O controle da diurese detecta sinais de IR, podendo ser tratada a tempo e prevenida.

8\* - Manter o membro afetado elevado, evitando dobrar as articulações. O membro inferior não mais que 30 graus e o superior usar meia ortopédica para elevá-los sem comprimi-lo, para prevenir síndrome de compartimento, uma das complicações dos acidentes por animais que possuem toxinas proteolíticas em seus venenos, pela retenção de líquido no membro necessitando as vezes de fasciotomia.

9\* Observar, registrar a presença de edema, equimose, sangramentos, hiperemia, bolhas, necroses, secreção no membro picado, dor local, adenomegalias, sintomas neurológicos, cardiovasculares e renais, para observar evolução do quadro e identificar complicações.

10\* - Verificar sinais vitais 4 vezes ao dia. Um dos primeiros sintomas de intoxicação pôr acidente com animais peçonhentos é a febre, que indica ações sistêmicas do veneno e infecções secundárias.

11\* - Não fazer medicação IM, pois o paciente apresenta alterações de coagulabilidade (Fortes, 1986).

#### 4.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM OUTROS TIPOS DE INTOXICAÇÕES:

Através de um estudo sobre a assistência de Enfermagem, Tourinho (1992 p. 33) em seu Trabalho de Conclusão de Curso, elaborou um esquema, que consiste em:

##### 4.2.1 Intoxicação por ingestão:

###### 4.2.1.1 Utilização do esvaziamento gástrico:

O esvaziamento gástrico é utilizado para favorecer a eliminação de substância tóxicas, retidas no estômago.

O prazo útil para o esvaziamento não parece limitar-se as primeiras 24 horas, pois tem sido encontrado medicamentos no estômago, mesmo após 24 horas da ingestão de salicilatos ou barbitúricos, estes sabidamente inibidores da motilidade gastrointestinal.

Na intoxicações podemos efetuar o esvaziamento gástrico através de:

- Indução do vômito (emese).
- Lavagem gástrica

Estas medidas são contra indicadas quando:

A ingestão for de derivados de petróleo (querosene, gasolina e outros solventes do petróleo).

Pacientes em convulsão.

Pacientes em coma.

Ingestão de ácidos fortes ou álcalis cáusticos.

#### 4.2.1.1.1 Procedimentos:

- Quando os derivados de petróleo forem ingeridos em grandes volumes ou quando forem solventes de produtos mais tóxicos (como os pesticidas organofosforados ou organoclorados).
- Quando o paciente está em coma, mesmo após 24 horas da ingestão do agente tóxico, considerando que depressores do SNC, são inibidores da motilidade gastrointestinal.

Em ambos os casos deve ser feito com prévia entubação orotraqueal (para que se previna aspirações e possíveis complicações pulmonares).

- Quando substâncias cáusticas forem diluentes de produtos altamente tóxicos, como barbitúricos e herbicidas bupiridilos (Parquat e Diquat), a lavagem deve ser feita imediatamente e de forma cuidadosa.

#### 4.2.2 Indução de vômitos:

O vômito pode ser induzido pela estimulação da retrofaringe com o dedo. Sua eficácia não é grande mas pode ser útil quando realizada no domicílio do paciente.

Pode-se utilizar ainda, substâncias como:

1 a 2 colheres de sal comum em um copo de água quente.

Solução aniônica emetisante (detergente amniônico 20 ml diluído em 1 copo de água).

Clara de ovo batida na água.

Injeção SC ou EV de apomorfina (0,06 mg/Kg)

Xarope de Ipeca.



#### 4.2.2.1 Xarope de Ipeca:

4.2.2.1.1 Composição: Extrato de Ipeca .....	7,0 ml
Glicerina.....	10,0 ml
Xarope simples.....	100,0 ml

#### 4.2.2.1.2 Doses:

Crianças menores de 1 ano: 7,5 ml (1/2 colher de sopa) seguida após 5 minutos, da ingestão de um copo de água (200 a 250 ml). A dose inicial pode ser repetida após 20 minutos, se não ocorrerem vômitos. Dose máxima: 15 ml.

Crianças maiores de 1 ano:

15 ml (1 colher de sopa) seguida de um copo de água (200 a 250 ml). A dose inicial pode ser repetida após 20 minutos, se não ocorrerem vômitos. Dose máxima: 30 ml.

Adultos: 15 a 30 ml (1 a 2 colheres de sopa), seguida de ingestão de um copo de água (200 a 250 ml). A dose inicial pode ser repetida após 20 minutos, se não ocorrerem vômitos. Dose máxima: 60 ml.

#### 4.2.2.1.3 Recomendações:

Xarope de Ipeca não deve ser administrado juntamente com o Carvão Ativado, pois este perde sua

eficácia. Nos casos em que não ocorrerem vômitos, após a administração de Xarope de Ipeca, nas doses preconizadas, há indicação formal de lavagem gástrica.

Manter o paciente em posição que evite a aspiração de vômitos. Observar as doses máximas recomendadas.

#### 4.2.3 Lavagem Gástrica:

#### 4.2.3 Lavagem Gástrica:

O ideal seria provocar vômitos, pois sua eficácia é maior em relação a lavagem gástrica.

A lavagem gástrica deve ser executada com todo o cuidado e sempre observando sua contra indicação, em pacientes onde não foi possível efetuar emese.

##### 4.2.3.1 Substâncias utilizadas para Lavagem Gástrica (Toxicologia Industrial) :

- 1- Água pura para todas as substâncias (em adultos)
  - 2- Solução fisiológica isotérica em crianças e nas intoxicações por sais de prata.
  - 3- Água + ácido tânico (30 g/l) nas intoxicações por alcalóides, metais e ácidos.
  - 4- Água + leite em pó, para querosene, gasolina, benzina, benzol, quando estritamente necessário.
  - 5- Água + permanganato de potássio (1 g/10 l) nas intoxicações por alcalóide e ácido cianídrico.
  - 6- Água + hipossulfito de sódio (5 g/l) nas intoxicações por metais pesados.
  - 7- Água + tintura de iodo (50 ml) nas intoxicações por alcalóides, mercúrio, chumbo e prata.
  - 8- Água + leite de magnésio (25g/l), nas intoxicações por ácidos e arsênico.
- Nunca usar Bicarbonato de Sódio que desprende anidro carbônico e pode perfurar o estômago.
- 9- Água + amoníaco (95 ml/l), intoxicações por formoldeído.
  - 10- Água + vinagre (200 ml/l), nas intoxicações por álcalis cáusticos.

##### 4.2.3.2 Volumes adequados para Lavagem Gástrica:

Recém-nascidos: 500 ml

Lactentes (ate 2 anos) : 2 a 3 litros

Pré escolar: 4 a 5 litros

Escolares: 5 a 6 litros

Adultos: 6 a 10 litros

#### 4.2.3.3 Material necessário:

Bandeja contendo:

- Sonda nasogástrica. Usar o maior calibre possível para a idade.
- Sondas de borracha n.º 20 (0,5 cm) e n.º 30 (1,5 cm) para adultos.
- Lubrificantes hidrossolúveis (xilocaína geléia).
- Folhas de gaze.
- Seringa.
- Cuba rim.
- Copo de água.
- Estetoscópio.
- Recipiente para receber o material usado.

#### 4.2.3.4 Técnica para a execução da Lavagem Gástrica:

- 1- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com certo declive da cabeça, para evitar aspiração do conteúdo gástrico.
- 2- Retirar próteses dentárias ou corpos estranhos da boca.
- 3- Medir e assinalar na sonda a distância entre o nariz e o apêndice xifóide.
- 4- Antes da passagem por via oral ou nasal da sonda, esta pode ser imersa em água morna ou passado xilocaína geléia.
- 5- Em crianças é necessário, normalmente, contenção.
- 6- Introduzir o tubo, sem forçar. Orientar o paciente a fazer movimentos de deglutição, que facilita a sua progressão.
- 7- Se, por erro técnico, o tubo gástrico, atingir a traquéia, o paciente apresenta tosse intensa e dispnéia. Neste caso o tubo deve ser retirado parcialmente antes da reintrodução.



8- Se houver dúvida, quanto a permanência do tubo na via respiratória, sua extremidade livre deve ser submersa em uma cuba de água. A ausência de formação de bolhas no líquido da cuba em sincronia com a expiração, indica que a sonda não encontra-se na via respiratória e pode ser reintroduzida.

9- Introduzir com o auxílio de seringa através de sonda e concomitantemente auscultar com o estetoscópio sobre a região hipogástrica.

10- Aspirar a sonda com o auxílio de seringa, a presença de suco e resíduos alimentares, nos dará a certeza de que a sonda esta no estômago.

11- Fixar a parte externa da sonda no nariz e testa e mantê-la fechada, para evitar que saia do estômago e entre ar.

12- Em crianças de baixo peso, usa-se como líquido para lavagem gástrica, preferencialmente, solução fisiológica, considerando que um organismo de baixo peso tem menor tolerância a perda de eletrólitos.

13- Após a penetração da sonda no estômago deve-se, em primeiro lugar, aspirar o conteúdo gástrico, e após introduzir o líquido do lavado gástrico.

14- A quantidade de líquido a introduzir de cada vez, deve ser pequena para não forçar a passagem do conteúdo gástrico ao duodeno. Em crianças usa-se 5 ml/Kg por vez. Em adultos não usar volumes superiores a 250 ml de cada vez.

15- O líquido do lavado gástrico e colocado e retirado em volumes não superiores ao acima descrito, em seringa de 50 ml conectada a extremidade livre da sonda, até completar o volume total adequado para o lavado gástrico.

Após a execução da lavagem gástrica, deve-se iniciar, aproveitando a mesma sonda, a administração de substância absorvente, como o Carvão Ativado.

O adsorvente atua quando absorve drogas e produtos químicos as superfícies de sua partículas, prevenindo, assim a absorção e toxidade.

#### 4.2.4 Carvão Ativado:

O Carvão Ativado é o adsorvente mais utilizado, e eficaz contra todos os produtos químicos, exceto cianetos.

Devido ao seu amplo espectro de capacidade adsorptiva e rapidez de ação, é considerado como o mais valioso agente isolado para tratamento das intoxicações exógenas.

##### 4.2.4.1 Doses para utilização do Carvão Ativado:

Crianças: 0,5 a 1 g/Hk de peso de Carvão Ativado de 4/4 horas por sonda nasogástrica, misturado a 100 ou 200 ml de água ou solução fisiológica isotérica nas primeiras 12 horas, e após 6/6 ou 8/8 horas por 36 a 48 horas.

Adultos: 25 gramas de Carvão Ativado, misturado a 200 ml de água ou solução fisiológica isotérica por via oral ou por sonda nasogástrica de 4/4 horas nas primeiras 12 horas e após de 6/6 horas ou 8/8 horas por 36 a 48 horas.

4.2.4.2 Cuidado com o risco de aspiração do Carvão Ativado durante a administração.

Após 30 minutos administrar catártico salino segundo prescrição médica.

Observar a presença e aspecto das evacuações, pois pode ocorrer retenção de fezes. (as fezes apresentam coloração escura).

#### 4.2.5 Substâncias úteis no tratamento das intoxicações:

##### 4.2.5.1 Protetores de mucosas:

##### 4.2.5.2 Conceitos:

Os protetores de mucosas tem a finalidade de cobrir a membrana gástrica, a fim de evitar contato com possíveis irritantes.

#### 4.2.5.3 Usos:

Em intoxicações por produtos que lesam a superfície das mucosas ou irritantes gástricos.

#### 4.2.5.4 Modo de ação:

Atuam diminuindo a absorção de determinadas substâncias pela mucosa gástrica.

#### 4.2.5.5 Tipos:

Gel de hidróxido de alumínio

Gel de fosfato de alumínio.

Caolim.

#### 4.2.6. Demulcentes:

##### 4.2.6.1 Conceito:

Grupo de compostos de alto peso molecular que formam soluções aquosas, possuem a propriedade de aliviar a irritação.

##### 4.2.6.2 Usos:

Aliviar a irritação de membranas ou superfícies lesadas.

##### 4.2.6.3 Modo de Ação:

Cobrem a superfície do tecido lesado ou irritado e através de meios mecânicos, protegem as células subjacentes contra os estímulos resultantes do contato com o ar ou irritantes ambientais.



#### 4.2.6.4 Tipos:

Clara de ovo (uso interno).

Acácia (goma arábica) sob forma de pó ou xarope de acácia de sabor baunilha contendo 10% de acácia.

Tragacanto (goma de tragacanto) com água para uso tópico.

#### 4.2.7 Emolientes:

##### 4.2.7.1 Sinônimos:

Agentes oclusivos, umectantes.

##### 4.2.7.2 Conceitos:

São gorduras ou óleos empregados como protetores e amaciantes de pele, porém principalmente como veículo para drogas ativas.

##### 4.2.7.3 Usos:

Externo e interno.

##### 4.2.7.4 Tipos: Óleos vegetais

Óleo de oliva

Óleo de algodão

Óleo de amêndoas

Óleo de amendoim

Óleo persa

Manteiga de cacau.

#### 4.2.7.5 Usos:

Ingestão: Laxantes suaves e protetores do TGI em caso de envenenamento por corrosivos.

Tópicos: Emolientes para a pele e mucosas.

OBS: Os demais laxantes não são empregados em toxicologia.

#### 4.2.8 Catárticos:

##### 4.2.8.1 Conceito:

Medicamento utilizado para produzir a evacuação intestinal. Um purgativo forte.

##### 4.2.8.2 Usos:

No tratamento de intoxicações por venenos corrosivos, quando o tempo de ingestão é superior a 1 hora, e envenenamento por hidorcarbonetos voláteis. Os preferidos são os catárticos salinos (sulfato de sódio e sulfato de magnésio), porque agem prontamente e geralmente em toxicidade mínima.

##### 4.2.8.3 Modo de ação:

Atuam evitando a absorção da água que, pelo seu volume, funciona com purgativo.

OBS: Os catárticos ou purgativos salinos devem ser acompanhados de grandes quantidades de água (300 ml para 20 g sulfato de magnésio, por exemplo) para o paciente não sofrer espoliação hídrica.

## 4.2.8.4 Dose:

PRODUTO	ADULTOS	CRIANÇAS
Citrato de magnésio	4ml/Kg p/300 ml H <sub>2</sub> O	4 ml/Kg
Sulfato de magnésio	30g p/300ml H <sub>2</sub> O	250 mg/Kg
Sulfato de sódio	30 g p/300 ml H <sub>2</sub> O	250 mg/Kg
Fosfato-soda	30 ml diluído ¼	não é usado
Sorbitol	50 ml	uso com cautela

## 4.2.9 Laxantes:

## 4.2.9.1 Conceitos:

São drogas que promovem a defecação, que dizer, aliviam a constipação. É um purgante brando. Alguns autores descrevem os catárticos e laxantes como sendo a mesma coisa.

## 4.2.9.2 Usos:

Os mesmos dos catárticos.

## 4.2.9.3 Modo de Ação:

## 3 mecanismos:

1- Propriedades hidrófilas ou osmóticas, causam retenção de líquido do conteúdo colônico, provocando aumento de amolecimento da massa fecal.

2- Os laxantes podem agir direta ou indiretamente sobre a mucosa colônica, diminuindo a absorção de água e NaCl, possivelmente através dos mecanismos mencionados antes.

3- Os laxantes podem aumentar a motilidade intestinal, diminuindo a absorção de sais e água, por causa da diminuição do trânsito.



OBS: Quando usado em doses maiores, provocam catarse, que implicam em purgações e evacuações mais líquidas.

PRODUTO	DOSES
Sais de magnésio	15g (porém 5g já produzem efeito laxante significativo).
Sulfato de magnésio	Suspensão aquosa de hidróxido de magnésio a 7 ou 8 %.
Leite de magnésio	Adultos de 30 a 60 ml e em crianças, 0,5 ml/Kg.
Fosfato de sódio	10 a 40 ml, ingeridos com grandes quantidades de água. Pouco usado, pois não oferece vantagens.

## **5. REFERENCIAL TEÓRICO**

Como guia de minhas ações durante a realização do trabalho em educação em saúde com clientes e familiares, vítimas de intoxicação por animais peçonhentos, senti a necessidade de utilizar um referencial teórico que, primeiro se enquadrasse em minha visão de mundo; segundo, fosse aplicável e compatível com nossa realidade; terceiro, que fornecesse chances de expressão e crescimento a ambas as partes, Enfermagem e cliente.

Procurei desenvolver minha prática em um referencial metodológico que facilitasse pedagogicamente o processo de relação educativa com as pessoas atendidas na Emergência do HU, vítimas de intoxicação. Para tanto, concluí que o referencial de Paulo Freire, poderia facilitar o desenvolvimento de minhas atividades de educação em saúde.



Paulo Régulus Neves Freire, nasceu em Recife, no dia 19 de Setembro de 1921. É considerado um dos maiores educadores da atualidade. Desenvolveu o método de educação crítica, divulgado e aplicado em diversos países do mundo, tanto na educação formal como em outros programas educativos de diversas áreas. Na área de saúde, especialmente na Enfermagem, seus pressupostos norteiam inúmeros trabalhos de extensão universitária, TCCs, Dissertações de mestrado e Teses de Doutorado. Briceño León, elaborou um rol dos seus principais postulados adaptando-os à Educação em Saúde, dos quais destaco alguns:



1 – Só conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias é possível uma ação eficiente e permanente.

2 – Ninguém pode cuidar do outro, se ele não quiser por si mesmo.

3 – Toda prática de saúde é educativa.

4 – A ignorância não é um vazio, mas algo a ser transformado.

5 – Não há um que sabe e um que não sabe, e sim dois que sabem coisas diferentes.

6 – A educação deve ser dialógica e participativa e deve reforçar a confiança dos indivíduos em si mesmo.

7- A educação em saúde deve valorizar o modelo de conhecimento “esforço/recompensa”, a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

É nesta perspectiva que vejo a possibilidade de desenvolver uma prática educativa em saúde, baseada no referencial pedagógico de Paulo Freire, por considerar que saúde e educação se articulam enquanto práticas sociais.

A proposta de educação dialógica e problematizadora do referencial de Paulo Freire, pode proporcionar uma partilha do conhecimento entre as pessoas que participam do processo educativo em saúde, através de uma linguagem facilitadora da compreensão da realidade (Freire apud Wosny, 1992).

A pedagogia freireana estabelece um rompimento do vínculo autoritário educador/educando, determinando entre eles uma relação igualitária, sem esquecer suas diferenças. Freire em seu processo educativo, delimita o ato de impor ao educando o conhecimento do educador. Ato que ele concebe como educação bancária”, da qual o educando é objeto passivo. O educador nesta concepção é o sujeito que domina o saber. É o doador que consciente ou não, deposita nos educandos uma visão distorcida de homem e mundo. Contrapondo-se à educação bancária é proposta uma educação “problematizadora” (Freire apud Wosny, 1992).

Paulo Freire trabalha com o processo pedagógico libertador, que estabelece a educação como processo passível ao partilhamento do conhecimento, com uma consciência crítica deste. A proposta para desenvolver o processo educativo é denominada por Freire, de itinerário de Pesquisa e procura resgatar a capacidade crítica de educadores e educandos.

Freire, concebe o educador como aquele que proporciona com os educandos, as condições em que se dê a superação das limitações em busca do verdadeiro conhecimento. Educador não apenas educa, mas enquanto educa é educado em diálogo. Invariavelmente quando se pensa em educadores se pensa em educandos, pois ambos “crescem juntos” no processo educativo de Paulo Freire (Freire, 1991).

O saber tem que se processar na ação de diálogo entre os componentes do programa e a comunidade onde será aplicada. É importante contextualizar a situação do educado.

Para Freire, não é possível realizar uma reflexão sobre o que é educação, sem refletir sobre o próprio homem. O homem é um ser de relações com a natureza e o mundo, criador e recriador, que através do trabalho, transforma a realidade.

Na relação educando/educador ambos são curiosos acerca da análise do tema problematizado, sem transferência do conhecimento do educador ao educando. O que se estabelece é uma forma de parceria de pessoas em relação dialógica, de forma que ocorra a possibilidade de produção conjunta do conhecimento (Freire apud Wosny, 1992).

A mediação pedagógica de Freire, numa proposta educativa em saúde comunitária, é desafio para o profissional de enfermagem, enquanto trabalhador de saúde. É um desafio maior para o enfermeiro, formar recursos humanos para uma nova realidade sanitária nacional, enquanto parte de uma Universidade, onde a concepção educativa, caracteristicamente bancária, ainda é visivelmente predominante.



O método Paulo Freire, parte sempre das fontes culturais e históricas do indivíduo. Educador e educandos devem ter um discurso do profissional sobre o objeto (Freire apud Brandão, 1991).

Há três etapas propostas por Paulo Freire:

*Investigação:* Nesta etapa realiza-se uma pesquisa prévia para a investigação do universo de temas vividos pela comunidade. É a investigação de um número de temas de significativa importância comunitária, transformando-se no ponto de partida para a conquista dos anseios da coletividade que podem ser considerados como “temas geradores” relacionados com o dia-a-dia dos indivíduos e do grupo social a que eles pertencem (Wosny, 1992).

**“Procurar o tema gerador é procurar o pensamento do homem sobre a realidade e a sua ação sobre esta realidade, que está em sua praxe. Na medida em que os homens tomam uma atitude ativa na exploração de suas temáticas, nessa medida sua consciência crítica da realidade se aprofunda e anuncia estas temáticas da realidade (...) captar estes temas é compreender portanto, os homens que os encarnam e a realidade à qual se referem. (...) A procura temática converte-se assim, numa luta comum por uma consciência da realidade e uma consciência de si, que fazem desta procura o ponto de partida do processo de educação e de ação cultural do tipo libertador”. (Freire, 1980, p32/33)**

O tema gerador é investigado a partir de assuntos de significado social para a comunidade, evidenciado em encontros com moradores locais, nesta experiência, clientes do Serviço de Emergência do Hospital Universitário, apreendidos de suas preocupações cotidianas e de seu contexto cultural. A determinação do tema gerador é de fundamental importância, pois é a partir dele que se desencadeará o processo educativo e transformador da realidade (Wosny, 1992).



Na concepção de Paulo Freire, educação e investigação temática são momentos de um mesmo processo e a tarefa do educador é trabalhar os temas com uma equipe interdisciplinar e devolvê-los problematizados ao grupo que os identificou (Wosny, 1992).

*Tematização:* Os temas identificados são codificados e decodificados. A codificação é a fase de tomada de consciência, quando só então contextualizados e substituídos em sua primeira visão crítica e social do assunto. Descobrem-se novos temas geradores, relacionados aos iniciais. Na codificação os sujeitos participantes do grupo, intencionam a situação existencial e buscam, pelo diálogo, a compreensão significativa do tema. Ocorre a codificação pedagógica quando o significado é amplo e expressa informações. Nesta etapa, o papel do educador é criar, com os participantes educandos, um desafio para que penetrem no significado temático, diante do qual se acham e o admirem com outros olhos. A codificação, portanto representa uma situação existencial onde os participantes do grupo constroem o desenho de sua situação existencial real ou abstrata (Wosny, 1992).

*Problematização:* É a fase onde o diálogo está em torno de situações concretas, reais, existenciais, fazendo com que os sujeitos retornem criticamente à sua ação, refletindo sobre a mesma. Ocorre a desmistificação da realidade, negando o homem como ausente do mundo e sim como consciência e mundo se dando ao mesmo tempo. Na medida em que isto acontece, novos temas são gerados pela realidade. Nesta etapa é realizada a análise das situações vividas, a temática identificada é problematizada e decomposta em subsistemas que poderão ser trabalhadas sucessivamente pelos grupos. É nesta fase que fica evidenciada a necessidade das ações concretas a nível cultural, político e social.

O objetivo final é a transformação, conscientização, o ato educativo libertador que favoreça o indivíduo para organização coletiva na construção e posse de uma realidade onde é sujeito por natureza (Wosny, 1992).

### 5.1 CONCEITOS:

*Ser Humano:* Possui a capacidade de agir e refletir, por isso se comprometer; é incluso, histórico e como tal contextualizador; é capaz de transcender; o homem é um ser de relações; é capaz de transformar a realidade que o cerca; o homem é um ser de integração e não de acomodação; possui ímpeto criador, que nasce da inconclusão (Luz, 1994)

*Educação:* É uma prática transformadora, como diz Freire (1997). Para educar, é preciso aprender a realidade, para sermos capazes de transformá-la. O processo educativo consiste em compreender que a realidade é algo inacabado, que pode ser melhorado. Os envolvidos nesse processo desenvolvem sua criatividade e imaginação para buscar caminhos aos problemas que encontraram; o aluno é o protagonista central e a educação é compreendida como ação conjunta para a solução dos problemas da realidade (Luz, 1994).

*Diálogo:* Gerência de ação-reflexão, importante componente de alto educativo, sendo a essência da educação e dialogicidade, como prática da liberdade. A palavra combinada com ação-reflexão resulta na praxe do ser. O processo de educação problematizadora possui como condições o desafio e o compromisso para a ação. O educador, enquanto facilitador, desvela a realidade com os educandos determinado o que se domina educação libertadora. Paulo Freire cria e crê em um processo educativo constextualizado que auxilie a transformação social (Luz, 1994).



*Enfermagem:*

É uma prática social, regulamentada como profissão e comprometida com o desenvolvimento desta, com atividades específicas, desenvolvidas através de uma equipe com competências definidas em lei, exercida com conhecimento artístico, científico e ético, junto ao Ser Humano/Família, que neste marco, vivencia um acontecimento que ameaça a sua vida. (Nightingale apud Nazário, N. 1996)

Para Nightingale (1859), a enfermagem deverá propiciar as melhores condições para que a força vital do Ser humano seja estimulada (Nightingale apud Nazário, N. 1996) .

A enfermeira atua no sentido de reverter o equilíbrio que ameaça ou poderá vir a ameaçar a vida do Ser Humano/Família, através do estímulo à mobilização e potencialização da força vital deste, para o desenvolvimento de condições favoráveis no processo Saúde/Doença, utilizando-se da experiência pensada e vivida para manutenção da vida, através do assistir globalizado, que compreende além da assistência ao desequilíbrio que está colocando em risco a vida do Ser Humano, a observação aos princípios éticos e educativos no processo reflexivo de aproximação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento do Ser Humano, enquanto único e indivisível, singular e total .

A observação dos princípios éticos, requer da Enfermagem o compreender e o comprometer-se com a saúde individual e coletiva, respeitando e preservando a vida e a dignidade do Ser Humano, sem discriminações, assegurando-lhe uma assistência com justiça, competência, responsabilidade e honestidade, promovendo-o como um todo. Assegurando-lhe ainda uma assistência com qualidade, para que o seu direito à dignidade e à integridade, em vida ou em morte, seja assegurado (Nightingale apud Nazário, N. 1996).

Preservando o compromisso de educador, o enfermeiro precisa identificar e intermediar opções e modificações para que, junto ao Ser Humano/Família, seja construída, a partir da realidade deste, uma nova realidade, quando requerido pela



circunstância. E também o encorajamento em relação a interferência das novas possibilidades reais concretamente desveladas ou emergentes, no processo Saúde/Doença, se fez presente, e foi determinante na consecução da Educação em Saúde (Nightingale apud Nazário, N. 1996) .

Desta forma, a enfermeira precisa aproximar-se da realidade concreta do Ser Humano/Família, pois só assim o processo educativo é coerente e eficaz porque se sustenta na vivência e na experiência deste, através do ato reflexivo (Nightingale apud Nazário, N. 1996).

#### *Emergência:*

Ferreira (apud NAZÁRIO, N. 1996, p. 13) conceitua emergência como uma situação crítica. Neste caso, devido a esta situação crítica e este estudo pretende focalizar a emergência intra-hospitalar, nos casos de intoxicação por animais peçonhentos (Nightingale apud Nazário, N. 1996).

De acordo com Pool (apud NAZÁRIO, N. 1996, p. 13): “Uma categoria Emergente deveria incluir as afecções que ameaçam a vida, tais como: a obstrução de vias aérea ou a hemorragia incontrolável. A categoria Urgente incluiria os problemas que exigem tratamento dentro de poucas horas, para impedir que a lesão ou doença piore ou se torne incapacitante. A categoria Não Emergente incluiria condições que podem esperar para serem tratadas sem que isso implique em resultado prejudicial” (Nightingale apud Nazário, N. 1996).

As intoxicações são afecções que ameaçam a vida, pertencentes então a categoria emergente.

### *Toxicologia:*

Para Schvartsman “a toxicologia é uma ciência multidisciplinar que já foi definida como aquela que se preocupa com o estudo dos tóxicos ou venenos, considerando-se estes como qualquer agente capaz de produzir uma resposta prejudicial num sistema biológico, destruindo uma vida ou comprometendo uma função” (Schvartsman, 1985).

“A toxicologia é uma ciência que estudando os veículos da morte, tornou-se uma ciência” (Britto, 1983).

Para Casarett (apud Schvartsman, 1985): “Toxicologia é a ciência que define os limites de segurança dos agentes químicos, entendendo-se como segurança a probabilidade de uma substância não produzir danos em condições específicas”.

Para Oga (1996), “é ciência que estuda os efeitos nocivos decorrentes de interações de substâncias químicas com o organismo”.

### *Substância Tóxica:*

Qualquer substância tóxica que produza efeito nocivos quando penetra no organismo (Oga, 1996).

### *6.2.5 Veneno:*

Para Oga (1996) “é um agente tóxico que altera ou destrói as funções vitais e, segundo alguns autores, o termo é reservado especificamente para designar substâncias provenientes de animais, onde teriam importantes funções de auto defesa, depredação, como serpentes, aranhas, etc..”

Para Casarett (apud Barros, 1938) em geral os venenos produzem alterações na resistência das células, nos mecanismos de coagulação, direto ou indiretamente na dinâmica cardíaca e pulmonar e alterações do sistema nervoso.

#### 6.2.6 *Saúde/Doença:*

“Condição de bem estar em que o ser humano está em equilíbrio dinâmico com si mesmo e com o meio ambiente. Está determinada prioritariamente pelas condições de vida e pelos serviços de saúde, que devem ter uma organização e prática voltadas para promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, acessíveis igualmente à toda a população” (Votolini, 1999).



## **6. RESULTADOS DOS OBJETIVOS**

### **6.1 GERAL:**

**Desenvolver um processo de assistência/educação com clientes e familiares atendidos no Serviço de Emergência do Hospital Universitário, vítimas de acidentes por animais peçonhentos.**

Realizei uma especie de combinação entre a teoria de Wanda de Aguiar Horta e Paulo Freire, utilizando Wanda para o desenvolvimento do processo de assistência, atraves da confecção de Paulo Freire para o desenvolvimento do processo de educação em saúde, atraves do diálogo com o cliente e seus familiares, profissionais da saúde e acadêmicos.

### **6.2 ESPECÍFICOS:**

**6.2.1-Assistir ao indivíduo e família com problemas de intoxicação, principalmente por animais peçonhentos, aplicando as normas e rotinas que regem o serviço de enfermagem do HU, ampliando assim, meus conhecimentos.**

Foi feita a assistência ao indivíduo e família com problemas de intoxicação, dando maior ênfase e implementando educação em saúde, baseado no método Paulo Freire, aos intoxicados por animais peçonhentos, foco central do meu trabalho. Tive o problema referente a estação do ano, que por ser outono e inverno, diminui consideravelmente a demanda, uma vez que acidentes por serpentes, principalmente botrópico, ocorrem em sua grande maioria no verão, onde as pessoas saem de casa e praticam mais naturalismo, procurando através de trilhas, ilhas e matas onde podem caçar, pescar, etc... Acredito que este objetivo foi alcançado com êxito, pois consegui executar meu plano de ação em todos os pontos, através da busca de outras alternativas como, visitas domiciliares, procura de clientes na Serviço de Emergência Pediátrica, na clínica Pediátrica e na clínica Masculina I do HU, onde pude estender um pouco mais meus trabalhos e enriquecer meus conhecimentos, que foram compartilhados com os clientes atendidos.

A clientela de atuação das minhas atividades, constitui-se de clientes atendidos pelo Serviço de Emergência do Hospital Universitário, com problemas por intoxicação, principalmente por animais peçonhentos, sendo este serviço localizado no Campus Universitário em Florianópolis, onde neste local são atendidas pessoas de todas as partes da Grande Florianópolis e também de outros municípios do Estado de Santa Catarina.

**TABELA 1: CASOS DE INTOXICAÇÃO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>ACIDENTE</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
<b>ANIMAIS PEÇONHENTOS</b>	<b>28</b>	<b>37,8</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>16</b>	<b>21,6</b>
<b>DOMISSANITÁRIOS</b>	<b>06</b>	<b>8,00</b>
<b>PRODUTOS QUÍMICOS</b>	<b>06</b>	<b>8,00</b>
<b>PESTICIDAS DOMÉSTICOS</b>	<b>04</b>	<b>5,00</b>
<b>RATICIDAS</b>	<b>02</b>	<b>2,70</b>
<b>PESTICIDAS AGRÍCOLAS</b>	<b>01</b>	<b>1,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

**TABELA 2: CASOS DE INTOXICAÇÃO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>ACIDENTE</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
<b>ANIMAIS DESCONHECIDOS</b>	<b>16</b>	<b>21,6</b>
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>16</b>	<b>21,6</b>
<b>ARACNÍDEO</b>	<b>13</b>	<b>17,5</b>
<b>ERUCISMO</b>	<b>09</b>	<b>12,1</b>
<b>OFÍDICO</b>	<b>06</b>	<b>8,00</b>
<b>DOMISSANITÁRIOS</b>	<b>06</b>	<b>8,00</b>
<b>PRODUTOS QUÍMICOS</b>	<b>06</b>	<b>8,00</b>
<b>PESTICIDAS DOMÉSTICOS</b>	<b>04</b>	<b>5,00</b>
<b>RATICIDAS</b>	<b>02</b>	<b>2,70</b>
<b>PESTICIDAS AGRÍCOLAS</b>	<b>01</b>	<b>1,00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Dentre os acidentes toxicológicos atendidos no SEHU, o de maior incidência durante o período de estágio, foi a intoxicação por animais peçonhentos, somando um total de 37,8% dos casos, ou seja, mais da metade do acidentes. Estes dados reforçam a tabela epidemiológica do CITSC do ano de 1999, no anexo , que mostra os acidentes por animais peçonhentos como o de maior incidência no Estado de Santa Catarina. Em segundo lugar estão os acidentes por medicamentos e os acidentes por animais desconhecidos, com um total de 21,68% dos casos atendidos.

**TABELA 3: CASOS DE INTOXICAÇÃO POR ANIMAIS PEÇONHENTOS ATENDIDOS NO SEHU, DURANTE O PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>ACIDENTE</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
<b>ARACNÍDEO</b>	<b>13</b>	<b>46</b>
<b>ERUCISMO</b>	<b>09</b>	<b>32</b>
<b>OFÍDICO</b>	<b>06</b>	<b>22</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.



Dentre os acidentes por animais peçonhentos, os acidentes aracnídeos foram os mais incidentes, com um total de 46% dos casos, e um total de 17,5% entre os casos de intoxicações gerais. O segundo lugar foi o erucismo (acidente por lagarta), que teve um percentual 8,0% entre os acidentes toxicológicos e de 32% entre os acidentes por animais peçonhentos. Por último, entre os acidentes por animais peçonhentos, estão os acidentes ofídicos, com 22% dos casos e em quarto lugar entre os acidentes toxicológicos, com 8,0%.

**TABELA 3.1.1: ÁREA DE EXPOSIÇÃO DOS ACIDENTES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>ÁREA DE EXPOSIÇÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>ÁREA URBANA</b>	<b>26</b>	<b>92,8</b>
<b>ÁREA RURAL</b>	<b>02</b>	<b>7,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Um percentual de 92,8% destes acidentes ocorrem na zona urbana, tendo em vista que na zona rural, o acidente ocupacional, tem diminuído bastante, devido o uso de equipamentos de proteção individual (botas longas, luvas, etc.), por parte dos agricultores, mesmo porque nestes locais o serviço braçal esta diminuindo consideravelmente em substituição ao maquinário. Outro motivo é a saída destes animais do campo, devido ao uso inadequado, incotrolável e exacerbado de agrotóxicos, que aos exterminar as pragas, os exterminam também.

**TABELA 3.1.2: SITUAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS ATENDIDOS NO SEHU, DURANTE O PERÍODO DE ESTÁGIO 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>SITUAÇÃO</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
<b>ACIDENTAL</b>	<b>28</b>	<b>00</b>
<b>OCUPACIONAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Nota: A situação do acidente ocupacional, é aquela que ocorre quando o cliente está realizando um ofício, ou seja, um trabalho remunerado.

Ocorre em sua totalidade de forma acidental, pois este tipo de acidente ocorre muito intra domicílio, durante os afazeres domésticos, com a maioria das pessoas com faixa etária adulta, por problemas já relacionados, como o uso de agrotóxicos nas lavouras

**TABELA 3.1.3: NÍVEL DE LESÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS ATENDIDOS NO SEHU, DURANTE O PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>NÍVEL DE LESÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>LEVE</b>	<b>26</b>	<b>93</b>
<b>MÉDIA</b>	<b>01</b>	<b>3,5</b>
<b>GRAVE</b>	<b>01</b>	<b>3,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Causam 93% lesões do tipo leve, pois não chega a avançar estágios maiores, devido ao avanço da ciência e tecnologia e melhoria dos serviços emergências, recebendo assim, o acidentado, um tratamento precoce, o que diminui o índice de complicações

**TABELA 3.1.4: VIA DE CONTATO DAS INTOXICAÇÕES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS ATENDIDOS NO SEHU, DURANTE O PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

VIA DE CONTATO	Nº	%
CUTÂNEA	28	100
TATAL	28	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

O meio de inoculação do veneno destes animais é através da picada, por isto, a via de administração do veneno e a cutânea em todos os casos

**TABELA 3.1.5: FAIXA ETÁRIA DAS INTOXICAÇÕES POR ANIMAIS PEÇONHENTOS ATENDIDOS NO SEHU, DURANTE O PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

FAIXA ETÁRIA	Nº	%
00 Á 14 ANOS	06	21,4
14 Á 18 ANOS	00	00
18 Á 65 ANOS	20	71,4
65 ANOS EM DIANTE	02	7,2
TOTAL	28	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A faixa etária mais acometida é a adulta, com um total de 74% dos casos.

**TABELA 3.2.1: ÁREA DE EXPOSIÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ACIDENTE OFÍDICO, ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

ÁREA DE EXPOSIÇÃO	Nº	%
URBANA	05	90
RURAL	01	10
TOTAL	05	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.



Os acidentes ofídicos, estão em quarto lugar entre os acidentes toxicológicos, com 8%, sendo que 90% destes acidentes ocorreram na zona urbana, devido a saída destes animais do campo, por problemas já relacionados, como o uso de agrotóxicos.

**TABELA 3.2.2: SITUAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ACIDENTE OFÍDICO ATENDIDOS NO SEHU, DURANTE O PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

SITUAÇÃO	Nº	%
ACIDENTE	06	100
OCUPACIONAL	00	00
TOTAL	06	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Nota: A situação do acidente ocupacional, é aquela que ocorre quando o cliente está realizando um ofício, ou seja, um trabalho remunerado.

Ocorre em sua totalidade de forma acidental, pois este tipo de acidente ocorre muito, durante os afazeres domésticos intra e extra domicílio, com a maioria das pessoas com faixa etária adulta. Na zona rural, o acidente ocupacional, tem diminuído bastante, devido o uso de equipamentos de proteção individual (botas longas, luvas, etc.), por parte dos agricultores, mesmo porque nestes locais o serviço braçal esta diminuindo consideravelmente em substituição ao maquinário.

**TABELA 3.2.3: NÍVEL DE LESÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ACIDENTE OFÍDICO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

NÍVEL DE LESÃO		
LEVE	04	70
MODERADO	01	15
GRAVE	01	15
TOTAL	06	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Os casos leves alcançaram a casa dos 70%, contra 15% dos moderados e 15% dos graves, isto devido a melhoria dos serviços de saúde, da tecnologia e da ciência, melhoria das condições sanitárias, e conscientização da população, no tocante ao que fazer neste tipo de casos, fazendo com que o cliente receba um tratamento correto e precoce, diminuindo não só as conseqüências do acidente como o grau de complicações.

**TABELA 3.2.4: VIA DE CONTATO DAS INTOXICAÇÕES POR ACIDENTE OFÍDICO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>VIA DE CONTATO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CUTÂNEA</b>	<b>06</b>	<b>100</b>
<b>ORAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>RESPIRATÓRIA</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>OCULAR</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A via de inoculação do veneno é a cutânea em todos os casos, pois estes animais administram sua peçonha através da picada

**TABELA 3.2.5: FAIXA ETÁRIA DAS INTOXICAÇÕES POR ACIDENTE OFÍDICOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CRIANÇAS</b>	<b>01</b>	<b>10</b>
<b>ADOLESCENTES</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>ADULTOS</b>	<b>05</b>	<b>90</b>
<b>IDOSOS</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A faixa etária mais acometida é a adulta, com um total de 90% dos casos.

**TABELA 3.3.1: ÁREA DE EXPOSIÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ARANEÍSMO ATENDIDOS NO SEHU, DURANTE O PERÍODO DE (26/03/2001 À 31/05/2001).**

ÁREA DE EXPOSIÇÃO	Nº	%
URBANA	12	92,3
RURAL	01	0,7
TOTAL	13	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Dentre os acidentes por animais peçonhentos, como já foi falado destaca-se como o mais incidente o aracnídeo, com um total de 46% dos casos, e um total de 17,5% entre os casos de intoxicações gerais. Dentre os casos de acidente aracnídeo, a grande maioria dos casos ocorreram na zona urbana, onde ocorre a maior concentração devido ao refúgio destes animais da zona rural, onde está ocorrendo um uso inadequado, incontrolável e exacerbado de agrotóxicos, que ao exterminar as pragas, os exterminam também.

**TABELA 3.3.2: SITUAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ARANEÍSMO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

SITUAÇÃO	Nº	%
ACIDENTE	12	100
OCUPACIONAL	00	00
TOTAL	09	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Nota: A situação do acidente ocupacional, é aquela que ocorre quando o cliente está realizando um ofício, ou seja, um trabalho remunerado.

Ocorre em sua totalidade de forma acidental, pois este tipo de acidente ocorre muito intra domicílio, durante os afazeres domésticos, com a maioria das pessoas com faixa etária adulta. Na zona rural, o acidente ocupacional, tem diminuído



bastante, devido o uso de equipamentos de proteção individual (botas longas, luvas, etc.), por parte dos agricultores, mesmo porque nestes locais o serviço braçal esta diminuindo consideravelmente em substituição ao maquinário.

**TABELA 3.3.3: NÍVEL DE LESÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ARANEÍSMO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>NÍVEL DE LESÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>LEVE</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>MODERADO</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>GRAVE</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Causaram 100% de lesões do tipo leve, pois não chegaram a avançar estágios maiores, devido ao avanço da ciência e tecnologia e melhoria dos serviços emergenciais, recebendo assim, o acidentado, um tratamento correto e precoce, o que diminui não só as conseqüências do acidente, como o índice de complicações.

**TABELA 3.3.4: VIA DE CONTATO DAS INTOXICAÇÕES POR ARANEÍSMO ATENDIDOS NO SEHU, SEGUNDO VIA DE CONTATO E A QUANTIDADE EM NÚMEROS E PERCENTUAL.**

<b>VIA DE CONTATO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CUTÂNEA</b>	<b>13</b>	<b>100</b>
<b>ORAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>RESPIRATÓRIA</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>OCULAR</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

O meio de inoculação do veneno das aranhas é através da picada, por isto, a via de administração é a cutânea em todos os casos

**TABELA 3.3.5: FAIXA ETÁRIA DAS INTOXICAÇÕES POR ARANEÍSMO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>FAIXA ETARIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CRIANÇAS</b>	<b>01</b>	<b>7,0</b>
<b>ADOLESCENTES</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>ADULTOS</b>	<b>11</b>	<b>76,0</b>
<b>IDOSOS</b>	<b>01</b>	<b>7,0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A faixa etária mais acometida são os adultos. Este tipo de animal é bastante encontrado em locais que são manipulados por estas pessoas, como montes de madeira, tijolos, pneus velhos, etc.

**TABELA 3.4.1: ÁREA DE EXPOSIÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ERUCISMO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>ÁREA DE EXPOSIÇÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>URBANA</b>	<b>09</b>	<b>100</b>
<b>RURAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>09</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

O erucismo (acidente por lagarta), que teve um percentual 8% entre os acidentes toxicológicos e de 32% entre os acidentes por animais peçonhentos. Todos os casos ocorreram na zona urbana, acidental, com lesão leve e por via cutânea, por motivos semelhantes aos relacionados no acidente aracnídeo e ofídico.

**TABELA 3.4.2: SITUAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ERUCISMO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>SITUAÇÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>ACIDENTE</b>	<b>09</b>	<b>100</b>
<b>OCUPACIONAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>09</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Nota: A situação do acidente ocupacional, é aquela que ocorre quando o cliente está realizando um ofício, ou seja, um trabalho remunerado.

Ocorre em sua totalidade de forma acidental, pois este tipo de acidente ocorre muito intra domicílio, durante os afazeres domésticos, com a maioria das pessoas com faixa etária adulta. Na zona rural, o acidente ocupacional, tem diminuído bastante, devido o uso de equipamentos de proteção individual (botas longas, luvas, etc.), por parte dos agricultores, mesmo porque nestes locais o serviço braçal esta diminuindo consideravelmente em substituição ao maquinário.

**TABELA 3.4.3: NÍVEL DE LESÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ERUCISMO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>NÍVEL DE LESÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>LEVE</b>	<b>09</b>	<b>100</b>
<b>MODERADO</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>GRAVE</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>09</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Causaram 100% de lesões do tipo leve, pois não chegaram a avançar estágios maiores, devido ao avanço da ciência e tecnologia e melhoria dos serviços emergenciais, recebendo assim, o acidentado, um tratamento correto e precoce, o que diminui não só as conseqüências do acidente, como o índice de complicações.



**TABELA 3.4.4: VIA DE CONTATO DAS INTOXICAÇÕES POR ERUCISMO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>VIA DE CONTATO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CUTÂNEA</b>	<b>09</b>	<b>100</b>
<b>ORAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>RESPIRATÓRIA</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>OCULAR</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>09</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

O meio de inoculação do veneno das lagartas é através do contato de seus pêlos com a pele da pessoa, por isto, a via de administração foi a cutânea em todos os casos

**TABELA 3.4.5 FAIXA ETÁRIA DAS INTOXICAÇÕES POR ERUCISMO ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>FAIXA ETARIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CRIANÇAS</b>	<b>04</b>	<b>44,4</b>
<b>ADOLESCENTES</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>ADULTOS</b>	<b>04</b>	<b>44,4</b>
<b>IDOSOS</b>	<b>01</b>	<b>11,1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>09</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A faixa etária mais acometida são as crianças e os adolescentes, ambos com 44,4% em cada caso. Este tipo de animal é bastante encontrado em locais onde há muitas árvores e são muito procurados por crianças e adultos, para se divertirem, como pomares, bosques, jardins, etc.

**TABELA 3.5.1: ÁREA DE EXPOSIÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ACIDENTE COM ANIMAIS DESCONHECIDOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

ÁREA DE EXPOSIÇÃO	Nº	%
URBANA	12	75,0
RURAL	02	25,00
TOTAL	16	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Os acidentes causados por animais desconhecidos, estão em segundo lugar entre os acidentes toxicológicos, com 21,6%, sendo que 75% destes acidentes ocorreram na zona urbana, devido a saída destes animais do campo, por problemas já relacionados, como o uso de agrotóxicos.

**TABELA 3.5.2: SITUAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ACIDENTE COM ANIMAIS DESCONHECIDOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

SITUAÇÃO	Nº	%
ACIDENTE	16	100
OCUPACIONAL	00	00
TOTAL	16	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Nota: A situação do acidente ocupacional, é aquela que ocorre quando o cliente está realizando um ofício, ou seja, um trabalho remunerado.

Ocorre em sua totalidade de forma acidental, pois este tipo de acidente também ocorre muito intra domicílio, durante os afazeres domésticos, com a maioria das pessoas com faixa etária adulta. Na zona rural, o acidente ocupacional, tem diminuído bastante, devido o uso de equipamentos de proteção individual (botas longas, luvas, etc.), por parte dos agricultores, mesmo porque nestes locais o serviço braçal esta diminuindo consideravelmente em substituição ao maquinário.

**TABELA 3.5.3: NÍVEL DE LESÃO DAS INTOXICAÇÕES POR ACIDENTE COM ANIMAIS DESCONHECIDOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>NÍVEL DE LESÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>LEVE</b>	<b>16</b>	<b>100</b>
<b>MODERADO</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>GRAVE</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

O nível de lesão dói totalmente leve, devido a melhoria dos serviços de saúde, da tecnologia e da ciência, melhoria das condições sanitárias , e conscientização da população, no tocante ao que fazer neste tipo de casos, fazendo com que o cliente receba um tratamento correto e precoce, diminuindo não só as conseqüências do acidente como o grau de complicações.

**TABELA 3.5.4: VIA DE CONTATO DAS INTOXICAÇÕES POR ACIDENTE ANIMAIS DESCONHECIDOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>VIA DE CONTATO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CUTÂNEA</b>	<b>16</b>	<b>100</b>
<b>ORAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>RESPIRATÓRIA</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>OCULAR</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A via de inoculação do veneno é a cutânea em todos os casos, pois estes animais administram sua peçonha através da picada e/contato com a pele do cliente.



**TABELA 3.5.5: FAIXA ETÁRIA DAS INTOXICAÇÕES POR ACIDENTE ANIMAIS DESCONHECIDOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>FAIXA ETARIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CRIANÇAS</b>	<b>02</b>	<b>12,5</b>
<b>ADOLESCENTES</b>	<b>02</b>	<b>12,5</b>
<b>ADULTOS</b>	<b>12</b>	<b>75,0</b>
<b>IDOSOS</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A faixa etária mais acometida é a adulta, com um total de 90% dos casos.

**TABELA 3.6.1: ÁREA DE EXPOSIÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>ÁREA DE EXPOSIÇÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>URBANA</b>	<b>16</b>	<b>100</b>
<b>RURAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Este tipo de acidente toxicológico foi um dos de maior incidência entre os ocorridos durante o período de estágio com 21,6%, reforçando o quadro epidemiológico do CIT SC, conforme anexo 03, que o retrata como o acidente toxicológico de maior incidência em SC no ano de 1999. Estes acidentes ocorreram em sua totalidade na área urbana,

**TABELA 3.6.2: SITUAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>SITUAÇÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>ACIDENTE</b>	<b>05</b>	<b>31,2</b>
<b>AUTO MEDICAÇÃO</b>	<b>04</b>	<b>25,0</b>
<b>TENTATIVA DE SUICÍDIO</b>	<b>07</b>	<b>43,7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Ocorre na grande maioria dos casos, por tentativas de suicídio.

**TABELA 3.6.3: NÍVEL DE LESÃO DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>NÍVEL DE LESÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>LEVE</b>	<b>13</b>	<b>81,2</b>
<b>MODERADO</b>	<b>02</b>	<b>12,5</b>
<b>GRAVE</b>	<b>01</b>	<b>0,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Causam em grande parte lesões do tipo leve.

**TABELA 3.6.4: VIA DE CONTATO DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>VIA DE CONTATO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CUTÂNEA</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>ORAL</b>	<b>15</b>	<b>93,7</b>
<b>RESPIRATÓRIO</b>	<b>01</b>	<b>6,2</b>
<b>OCULAR</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Uma porcentagem de 93,7% dos casos, ocorreram pela administração de medicação via oral.

**TABELA 3.6.5: FAIXA ETÁRIA DAS INTOXICAÇÕES POR MEDICAMENTOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>FAIXA ETARIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CRIANÇAS</b>	<b>04</b>	<b>25,0</b>
<b>ADOLESCENTES</b>	<b>03</b>	<b>18,7</b>
<b>ADULTOS</b>	<b>09</b>	<b>56,2</b>
<b>IDOSOS</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A faixa etária mais acometida é a adulta, que possuem maior acesso e fazem maior uso dos medicamentos, e por utilizarem de forma indiscriminada, principalmente quando em tentativa de suicídio.

**TABELA 3.7.1: ÁREA DE EXPOSIÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR PRODUTOS QUÍMICOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>ÁREA DE EXPOSIÇÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>URBANA</b>	<b>05</b>	<b>83,3</b>
<b>RURAL</b>	<b>01</b>	<b>16,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A grande maioria destes acidentes ocorreram em área urbana, onde existe maior consumo dos produtos químicos em geral.



**TABELA 3.7.2: SITUAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR PRODUTOS QUÍMICOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>SITUAÇÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>ACIDENTE</b>	<b>04</b>	<b>66,6</b>
<b>OCUPACIONAL</b>	<b>02</b>	<b>33,3</b>
<b>TENTATIVA DE SUICÍDIO</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Nota: A situação do acidente ocupacional, é aquela que ocorre quando o cliente está realizando um ofício, ou seja, um trabalho remunerado.

Deste total relacionado, 66,6% foi acidental e 33,3% ocupacional (que ocorreu durante uma ocupação/ofício).

**TABELA 3.7.3: NÍVEL DE LESÃO DAS INTOXICAÇÕES POR PRODUTOS QUÍMICOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>NÍVEL DE LESÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>LEVE</b>	<b>06</b>	<b>100</b>
<b>MODERADO</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>GRAVE</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Estes acidentes na sua totalidade, levaram as vítimas a lesões leve.

**TABELA 3.7.4: VIA DE CONTATO DAS INTOXICAÇÕES POR PRODUTOS QUÍMICOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

VIA DE CONTATO	Nº	%
CUTÂNEA	00	00
ORAL	02	33,3
RESPIRATÓRIO	04	66,6
OCULAR	00	00
TOTAL	06	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A via de contato geralmente é a respiratória, ou seja, por inalação do produto, que muitas vezes encontra-se à disposição.

**TABELA 3.7.5 FAIXA ETÁRIA DAS INTOXICAÇÕES POR PRODUTOS QUÍMICOS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

FAIXA ETARIA	Nº	%
CRIANÇAS	01	16,6
ADOLESCENTES	00	00
ADULTOS	05	83,3
IDOSOS	00	00
TOTAL	06	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

A faixa etária mais acometida é a adulta, por lidar mais com estes produtos.

**TABELA 3.8.1: ÁREA DE EXPOSIÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR PESTICIDAS AGRÍCOLAS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

ÁREA DE EXPOSIÇÃO	Nº	%
URBANA	00	00
RURAL	01	100
TOTAL	01	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Este acidente ocorreu com apenas uma vítima com área de exposição rural.

**TABELA 3.8.2: SITUAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR PESTICIDAS AGRÍCOLAS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

SITUAÇÃO	Nº	%
ACIDENTE	00	00
OCUPACIONAL	01	100
TENTATIVA DE SUICÍDIO	00	00
TOTAL	01	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Nota: A situação do acidente ocupacional, é aquela que ocorre quando o cliente está realizando um ofício, ou seja, um trabalho remunerado.

Este acidente ocorreu com apenas uma vítima com situação ocupacional.

**TABELA 3.8.3: NÍVEL DE LESÃO DAS INTOXICAÇÕES POR PESTICIDAS AGRÍCOLAS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

NÍVEL DE LESÃO	Nº	%
LEVE	01	100
MODERADO	00	00
GRAVE	00	00
TOTAL	01	100

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Este acidente ocorreu com apenas uma vítima com lesão leve.



**TABELA 3.8.4: VIA DE CONTATO DAS FAIXA ETÁRIA DAS INTOXICAÇÕES POR PESTICIDAS AGRÍCOLAS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>VIA DE CONTATO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CUTÂNEA</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>ORAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>RESPIRATÓRIO</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>OCULAR</b>	<b>01</b>	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>	<b>01</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Este acidente ocorreu com apenas uma vítima com via de contato ocular.

**TABELA 3.8.5: FAIXA ETÁRIA DAS INTOXICAÇÕES POR PESTICIDAS AGRÍCOLAS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>FAIXA ETARIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CRIANÇAS</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>ADOLESCENTES</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>ADULTOS</b>	<b>01</b>	<b>00</b>
<b>IDOSOS</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>01</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Este acidente ocorreu com apenas uma vítima adulta

**TABELA 3.9.1: ÁREA DE EXPOSIÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR RATICIDA ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>ÁREA DE EXPOSIÇÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>URBANA</b>	<b>02</b>	<b>100</b>
<b>RURAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>02</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Estes acidentes ocorreram em sua totalidade em área urbana, onde se utiliza muito este produto.

**TABELA 3.9.2: SITUAÇÃO DAS INTOXICAÇÕES POR RATICIDAS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>SITUAÇÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>ACIDENTE</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>OCUPACIONAL</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TENTATIVA DE SUICÍDIO</b>	<b>02</b>	<b>100</b>
<b>TOTAL</b>	<b>02</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Nota: A situação do acidente ocupacional, é aquela que ocorre quando o cliente está realizando um ofício, ou seja, um trabalho remunerado.

Todos estes clientes, tinham intenções suicidas.

**TABELA 3.9.3: NÍVEL DE LESÃO DAS INTOXICAÇÕES POR RATICIDAS ATENDIDOS NO SEHU, SEGUNDO NÍVEL DE LESÃO E A QUANTIDADE EM NÚMEROS E PERCENTUAL.**

<b>NÍVEL DE LESÃO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>LEVE</b>	<b>02</b>	<b>100</b>
<b>MODERADO</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>GRAVE</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>02</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Devido as intervenções serem eficazes, o nível de lesão foi leve em todos os casos.

**TABELA 3.9.4: VIA DE CONTATO DAS INTOXICAÇÕES POR RATICIDAS AGRÍCOLAS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>VIA DE CONTATO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CUTÂNEA</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>ORAL</b>	<b>02</b>	<b>100</b>
<b>RESPIRATÓRIO</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>OCULAR</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>03</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

Felizmente o local de contato foi o oral, onde as intervenções são muito eficazes.

**TABELA 3.9.5: FAIXA ETÁRIA DAS INTOXICAÇÕES POR RATICIDAS ATENDIDOS NO SEHU, NO PERÍODO DE 26/03/2001 À 31/05/2001.**

<b>FAIXA ETARIA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>CRIANÇAS</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>ADOLESCENTES</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>ADULTOS</b>	<b>03</b>	<b>100</b>
<b>IDOSOS</b>	<b>00</b>	<b>00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>03</b>	<b>100</b>

Fonte: Fichas de atendimento do SITSC.

As pessoas intoxicadas por este produto em sua totalidade eram adultas.

#### **6.2.2-Elaborar as rotinas especiais de atendimento de enfermagem ao paciente intoxicado.**

Elaborado texto básico para palestra dialógica, com profissionais do SEHU e para clientes e familiares, que procuram o SEHU, com problemas de intoxicação, principalmente por animais peçonhentos. Deixado folderes e um cartaz explicativo, abordando os principais assuntos sobre peçonhentos, em



um local de fácil visualização e acesso as pessoas que freqüentam o SEHU, bem como distribuído um Manual de Procedimentos de Enfermagem a cada integrante da Equipe de Enfermagem, no momento em que se realizava diálogos.

Este objetivo foi alcançado com êxito, pois consegui executar o que tinha proposto.

### **6.2.3-Organizar no CIT um sistema de informações de cuidados de enfermagem para pacientes intoxicados.**

Foi atualizado o Manual de Rotinas de Enfermagem para clientes vítimas de intoxicações, já existente, confeccionado em 1992 pela acadêmica da 8ª fase curricular de Enfermagem, Francis Solange Vieira Tourinho, hoje enfermeira, contando para isto com a colaboração dos profissionais e acadêmicos que compõem o CIT. A procura de informações sobre cuidados de Enfermagem aos pacientes intoxicados, vem crescendo no serviço do CIT, sendo de grande importância o manual, para os participantes e plantonistas, já que são poucas as bibliografias específicas. Durante o período de estágio, pude observar as dificuldades e necessidades da equipe de Enfermagem frente ao atendimento ao paciente intoxicado. A assistência a este paciente é muito diversificada, quando olhamos apenas para o agente causal do estado mórbido. Assim, é importante antes de determinar qualquer rotina, não rotular o paciente, e não tratá-lo como uma simples “intoxicação”, mas como um ser holístico, alguém que possui sentimentos, família, trabalho, compromissos, etc e algumas de suas necessidades afetadas. Estou certo que este objetivo foi alcançado com êxito.

**6.2.4-Elaboração de rotinas especiais para desenvolver um processo educativo com clientes e familiares com problemas com animais peçonhentos, com base no referencial teórico de Paulo Freire, apoiado nas rotinas do CIT e do serviço de emergência do HU.**

Estas rotinas também estavam contidas no Manual de Rotinas de Enfermagem à clientes vítimas de intoxicação, que fora atualizado pelo referido acadêmico.

**6.2.5- Realizar palestra para os alunos da 1ª fase do Curso de Enfermagem da UFSC, na Disciplina de Primeiros Socorros, abrangendo os principais assuntos sobre intoxicação por animais peçonhentos.**

A referida palestra foi executada no dia 22/06, com ótima aceitação dos alunos, que se mostraram bastante interessados.

**6.2.6-Planejamento de material educativo específico:**

Confeccionei material educativo (folders, cartaz e manual), alcançando o objetivo proposto no meu projeto.

**6.2.7-Participação em atividades de campo junto ao CIT e outras instituições envolvidas com problemas de animais peçonhentos.**

Participei de palestras e reuniões junto ao CIT, oportunidade onde além de cumprir meu objetivo traçado em projeto, executando meu plano de ação, ainda pude compartilhar com os plantonistas do CIT minhas experiências adquiridas no período de estágio.

## 7. CUIDADOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS E NÃO PLANEJADOS

TÉCNICAS	Nº	%
Administração medicamento EV	75	2,03
Administração medicamentos IM	102	2,76
Controle de diurese	20	0,54
Catéter de O2	06	0,16
Controle drenagem de tórax	03	0,08
Curativo	08	0,21
Fluidoterapia	15	0,40
Glicemia capilar	10	0,27
Higiene oral	10	0,27
Nebulização	30	0,81
Sondagem nasogástrica	04	0,10
Sondagem vesical	01	0,02
Verificação de sinais vitais	40	1,08
Soroterapia	08	0,21
Lavagem gástrica	02	0,05
Administração de carvão ativado	01	0,02
Educação em saúde	20	0,54
Fluidoterapia	10	0,27
Nebulização	03	0,08
Indução	01	0,02
TOTAL	369	100



acidente. Como educador, o enfermeiro, ensina a seus funcionários, aos pacientes e familiares e estende seus trabalhos através da ministração de palestras sobre o assunto, ou ainda a assessoria científica a alunos e outros profissionais. Assim, é importante o conhecimento do profissional para o exercício destas funções.

Este trabalho aumentou não só os meus conhecimentos teóricos, como também técnicos e éticos. Compartilhei meus ~~meus~~ conhecimentos com os das outras pessoas, e juntos os ampliamos. É através desta partilha de conhecimentos que acredito ter tornado o mundo um pouquinho melhor. No meu ponto de vista, ações simples de educação em saúde, promoção e prevenção, auxiliaram em muito as pessoas que procuraram o serviço de saúde. Acredito ter prestado uma colaboração muito grande à população e à instituição de saúde através deste intercâmbio.

O estágio possibilitou um acompanhamento maior junto a clientela, podendo perceber que a partir da oportunidade de troca de experiência entre cliente e profissionais de saúde, devemos em primeiro lugar entender aquele como ser humano, enquanto cidadão responsável por sua saúde. Considerando um dos focos principais do trabalho de Enfermagem, a educação em saúde compartilhada.

Como o Referencial Teórico escolhido foi o de Paulo Freire, este possibilitou uma excelente interação com o cliente, ao passo que houve a possibilidade de crescimento conjunto, entre o acadêmico e a clientela atendida. O referencial escolhido propiciou ao acadêmico esplanar e aumentar seus conhecimentos, pois muita coisa já é sabida por parte do cliente.

Aos acadêmicos de Enfermagem que se dispuserem a realizar trabalhos com intoxicados, com clientes de emergência, ou apenas utilizando o referencial de Paulo Freire, uma dica: Este campo é bem rico, é a teoria e facilitadora da criação, ampliação, difusão, e absorção dos conteúdos que forem abordados.

As experiências vivenciadas no Setor de Emergência do HU e no CIT, colaboraram em muito para o aprendizado, não só técnico, como crítico, da real situação dos serviços de saúde hoje em dia em Santa Catarina e no Brasil, ao passo que se cuidava, se ensinava e se aprendia.

**“Aprender precede ensinar ou,  
em outras palavras,  
ensinar se diluía na experiência  
realmente fundante de  
aprender”**

***Paulo Freire***

## BIBLIOGRAFIA:

ABEN, A. “Nova” Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Brasília: 1987.

BRANDÃO, C. R. Educação Popular. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BRESCIANI, H. R. Enfermagem Profissional: Análise. Florianópolis: Ed Itaipu, 1992.

BRITTO, D. F. Toxicologia humana e Geral. Curitiba: Itaipu, 1983.

BURCHEL, W. Acúleos que matam. No mundo dos animais peçonhentos. 4ª ed. São Paulo: Kosmos, 1980.

CALABRESE, Alberto I. & Astolfi, Emília, A. Toxicologia, 2ª ed. Buenos Aires: Kaplusz, 1972.

CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÕES. Relatório de atividades de 1984 - 1991. Campinas: Unicamp, 1991.

CEVAP. Animais Peçonhentos, disponível na internet, [www. Botunet. Com. Br/cevap/ Português/ Médicas/serpentes.htm](http://www.Botunet.Com.Br/cevap/Português/Médicas/serpentes.htm). 2000.

CORANDINI, S. R, et all. A Profissional Enfermeira Frente as influências da Evolução Histórica da mulher. Revista Brasileira de Enfermagem, V.1, n.3, p252, Jul/Set, 1983.

DREISBACH, R. H. Manual de Envenenamentos, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Atheneu, 1975.



Estado de Santa Catarina, Secretaria da Educação. Manual do Auxiliar de Enfermagem. V1, p. 21. Florianópolis: , 1986.

FORTES, J. I. Enfermagem em Emergências. São Paulo: EPU, 1986.

FREIRE, P. A importância do ato de ler. São Paulo: Cortes, 1991.

GADOTTI, M.. Convite à leitura de Paulo Freire. São Paulo: Scipione, 1991.

HARTLEY, J. Manual de Primeiros Socorros. São Paulo: IBRASA 1978.

HENRY, J. A & WISEMAN, H. M. Tratamiento de Las Intoxicaciones. Manual para agentes de atención primária. Genebra: Biblioteca de la OMS. 1998.

LARINI, Lourival. Toxicologia. 1ª ed. São Paulo: Manolle, 1987.

LEÓN, Roberto Briceño. Siete Tesis sobre la educación sanitaria para la participaciación cumitaria. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, 12(1):7-30, Jan-Mar, 1996.

LUZ, L. C. et all. A Enfermagem trabalhando o processo educativo em Saúde com adolescentes e escolares. Florianópolis 1994. Trabalho de Conclusão de Curso de raduação em Enfermagem – UFSC.

MELO, C. Divisao Social do Trabalho de Enfermagem, p. 45. São Paulo: Cortez, 1996.

NAZÁRIO, N. O et all. Assistência Globalizada de Enfermagem em Emergência Hospitalar. Florianópolis 1996. Dissertação de Mestrado do Curso de Enfermagem da UFSC.

OGA, S. Fundamentos de Toxicologia. São Paulo: Ed Atheneu, 1996.

PAULI, C. et all. Traumatismo Crânio Encefálico e terapia Intensiva: Sistematizando a Assistência de Enfermagem, Florianópolis 1999. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

PIRES, D. Hegemonia Medica na Saúde de Enfermagem, p56. São Paulo: Cortez, 1989.

ROCHA, P. K. et all. Assistência de Enfermagem em Serviço de Emergência Pré-Hospitalar e Remoção Aeromédica. Florianópolis 2000. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem - UFSC

SCHVARSTAMM S. Plantas Venenosa e Animais Peçonhentos. Monografias Médicas, Vol III, 1ª ed., São Paulo: Sarvier, 1991.

SCHVARTSMANN, Samuel. Intoxicações agudas. Monografias Médicas, Vol III, 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 1985.

SECRETARIA DA SAÚDE –SC– Projeto de implantação de um centro de informações Toxicológicas no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Dezembro, 1980.

TOURINHO, F. S. V. et all. Proposta de Assistência de Enfermagem a pacientes com intoxicação exógena atendidos na Emergência/Centro de Informações Toxicológicas do Hospital Universitário, Florianópolis 1992. Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

VOLTOLINI, J. et all. Buscando o gerenciamento dos riscos no desenvolvimento do processo de Trabalho dos profissionais de Enfermagem na Emergência do Hospital Universitário. Fpólis 1999. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

WOSNY, A. M.et all. Nasce o Sol no Sol Nascente: Organização popular numa perspectiva problematizadora de educação e saúde. Florianópolis 1994. Dissertação de Mestrado do Curso de Enfermagem – UFSC.

## **ANEXOS**



## ANEXO 1

### PROCESSOS DE ENFERMAGEM:

Optei utilizar o processo de Enfermagem proposto por Wanda de Aguiar Horta. Segundo Horta (1979), o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos. Distingue-se seis fases ou passos: Histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Plano de Cuidados ou Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem. Devido a dificuldade em aplicar o processo em Serviço de Emergência, utilizei apenas 05 passos:

*Histórico de Enfermagem*: Roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para o (a) enfermeiro (a) do ser humano que tornam possíveis a identificação de seus problemas.

*Diagnóstico de Enfermagem*: Identificação das necessidades do ser humano que precisam de atendimento e a determinação pelo (a) enfermeiro (a) do grau de dependência deste atendimento em natureza e em extensão.

*Plano Assitencial*: Plano de cuidados que devem ser feitos no primeiro momento, ao longo da permanência do cliente no serviço e extensivo a sua residência.

*Evolução*: Feita quando possível, pois muitas vezes o cliente não chega a ficar muito tempo no serviço, o que impossibilita a confecção da evolução, que possui o objetivo de avaliar o estado evolutivo das necessidades humanas básicas afetadas, no período de 24 horas, para possíveis intervenções.

## PROCESSO Nº 1

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

W. H. 34 anos, pedreiro, católico, casado, pai de 03 filhos, 01 de 05 anos, um de 07 anos e uma de 08 anos, natural de Florianópolis SC, residente na Geral da Lagoa s/nº. Seus pais são vivos e moram no mesmo terreno. Estudou até o 3º ano do 2º grau. Nega tabagismo, alcoolismo ou uso de drogas de abuso. Segundo ele nunca foi internado, esteve apenas duas vezes no Setor de Emergência do HU por problemas com intoxicação alimentar. Informou que no local onde mora há algumas serpentes e aranhas e que a água que bebe é tratada e encanada pela CASAN. Possui energia elétrica em sua casa, juntamente com geladeira, TV, fogão, cama, pia e guarda roupas. Em seu relato, pisou sobre uma aranha grande e peluda e após iniciou com forte dor em todo o MIE. Chegou ao Serviço de Emergência do HU por volta das 16 horas com dor e marca da picada na face medial do pé esquerdo. Contactuante, lúcido e orientado, afebril, com 36,5 C, eupneico (20 mrm), normocárdico (72 bpm), hidratado, corado, antiictérico, com

abdome plano e ausência de ruídos hidroaéreos. Urinou 1 vez no período, no vaso sanitário.

Diagnóstico Médico:

Acidente aracnídeo.

Diagnóstico de Enfermagem:

Alterações da necessidade de segurança física em domicílio, manifestada pela possibilidade de ocorrência de novos acidentes, relacionada a presença de animais peçonhentos onde vive (serpentes e aranhas).

Alterações das necessidades de integridade cutaneo-mucosa, manifestada por alterações na pele, relacionada a presença de lesões pruriginosas, vesículas, hiperemia, calor e coceira local, uma vez que a pele é considerada um espelho para o nosso corpo, ou seja, alterações sistêmicas e viscerais, são evidenciadas por alterações de cor, volume, consistência, brilho, temperatura e sensibilidade da pele.

Alterações da necessidade de percepção dos órgãos dos sentidos, manifestada pela dor e desconforto no MIE, relacionada ao acidente aracnídeo que teve. A dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou potencial ao tecido. E a razão mais comum para as pessoas procurarem cuidados de saúde.

Plano de cuidados:

Colher sangue para tempo de coagulação e outros exames. Colocá-lo em um tubo de ensaio e mantê-lo na mão até sua coagulação, contando o tempo em minutos (30' é incoagulável), para diferenciação e confirmação do acidente por animal peçonhento.

Monitorizar rigorosamente diurese do paciente (cor e quantidade). Estes pacientes podem desenvolver IRA, pela ação das toxinas do veneno. O controle da diurese detecta sinais de IR, podendo ser tratada a tempo e prevenida.



Observar, registrar a presença de edema, equimose, sangramentos, hiperemia, bolhas, necroses, secreção no membro picado, dor local, adenomegalias, sintomas neurológicos, cardiovasculares e renais, para observar evolução do quadro e identificar complicações.

Verificar sinais vitais de hora em hora.

Ministrar medicação prescrita para alívio dos sinais e sintomas.

Anotar queixas de dor e desconforto.

Dialogar com a cliente com relação ao ambiente onde vive, para que utilize métodos de prevenção ao acidente por peçonhentos, como uso de calçados constantemente; nunca tocar em um animal peçonhento, mesmo que pareça morto; não cercar um animal peçonhento; não levantar pedras ou troncos, nem colocar a mão em buracos no terreno.

Dialogar com o cliente sobre as suas e as minhas experiências, acerca de intoxicações por animais peçonhentos, para que possamos, juntos, ampliar nossos conhecimentos.

Evolução:

S - Refere picada de aranha Caranguejeira, há mais ou menos 40 minutos.

Refere dor na região inguinal e parestesia na face.

Não urinou após o evento. Sem outras queixas.

O – Faz muitas perguntas com relação ao seu caso.

Cor e turgor de pele mantidos

FR 22 mrm

Abdome plano, indolor.

T 37 °C

MMII sem edema.

Partes da entrada do hálux esquerdo com edema e eritema local.

Feito contato com o CIT e este orientou a fazer controle de PA, analgesia importante, que se caso não resolvesse com Dolantina, fizesse anestésico local.

A – BEG. Ansioso, corado, hidratado, eupneico, afebril

Ausência de problemas no trato intestinal

Edema apenas em hálux esquerdo.

P - Verificação de sinais vitais de h/h

Controle de diurese

Verificação de queixas de dor e desconforto.

Administração de medicação conforme prescrição médica

Vigilância direta enquanto em soroterapia com (SAA).

Curativo em local de ferimento.

## HEMOGRAMA

Nome: **W H**

Data: **07/04/2001**

### Eritrograma

### Valor de Referência

**homens      mulheres**

<b>Hemácias em milhões/mm<sup>3</sup></b>	<b>4,96</b>	<b>5,5 a 6,0</b>	<b>4,0 a 5,5</b>
<b>Hemoglobina em g/dl</b>	<b>16</b>	<b>14 a 18</b>	<b>12 a 16</b>
<b>Hematócrito em %</b>	<b>45,6</b>	<b>40 a 54</b>	<b>37 a 47</b>
<b>Volume globular médio em U2 fl</b>	<b>91,9</b>	<b>80 a 100</b>	
<b>Hem glob media em pg</b>	<b>32,3</b>	<b>26 a 34</b>	
<b>C. h. Globulina média em g/dl</b>	<b>35,1</b>	<b>31 a 37</b>	
<b>RDW</b>	<b>0,0</b>	<b>9,9 a 15,5</b>	

### Leucograma

			Valores de Referência	
	%	mm3	%	mm3
Leucócitos p/mm3		16300		3800 a 11000
Segmentados	78,0	12714	45 a 74	1500 a 7400
Bastonados	0,0	00	0 a 5	0 a 350
Linfócitos	21,0	3423	22.3 a 49.9	1100 a 3500
Monócitos	1,0	660	0.7 a 7.5	200 a 900
Eosinófilos	0,0	132	0.5 a 4	20 a 670

Alterações Leucocitárias

		Valor de Referência
		mm3
Contagem plaquetas p/mm3	196000	1500 a 440000
Tempo e atividade Protrombina		
TAP	17,2 seg. (69%)	
Normal	13,8 seg.	
Atividade	69,9 %	
RNI	1,40	
Tempo de Trombina Parcial Ativada		
TTPA	29,0 seg.	
Normal	29,0 seg.	

	Valor de Referência
Relação D/N	1,0 inferior a 1,3

Creatinina 0,9 mg/dl



## PROCESSO Nº 2

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

J.T.K, 25 anos, nascida em 21/05/1975 na cidade de Laranjeiras, no Sul do Paraná. Reside em Florianópolis SC, no alto do morro da Barra da Lagoa, em uma região conhecida popularmente como Fortaleza. É divorciada e não possui mais filhos, pois segundo ela fez um aborto aos 16 anos e engravidou, mas perdeu a criança quando estava com sete dias de vida, por incompatibilidade sangüínea. Seus pais são vivos e moram no litoral de São Paulo, juntamente com seu irmão de 23 anos. Mora só e trabalha como vendedora. Estudou até o 2 grau completo. É católica. Faz uso de maconha, álcool e cigarro. Relatou já ter sido internada por três vezes, uma aos 10 anos de idade por ter tido intoxicação alimentar, outra aos 16 anos por ter tido esquistossomose durante a gravidez e outra quando estava em trabalho de parto. Informou que no local onde mora há várias serpentes e aranhas e que a água que bebe vem da montanha. Possui energia elétrica em sua casa, juntamente com geladeira, TV, fogão, cama, pia e guarda roupas. Em seu relato, por volta das 12 horas do dia de hoje, estava caminhando pela trilha que dá acesso a sua casa e foi picada por uma Jararaca. Chegou ao Serviço de Emergência do HU por volta das 13 horas com dor e marca da picada na face medial do pé esquerdo, com distância de dois cm entre as presas, e segue agora com quadro de dor, calor, sangramento e edema no mesmo local, e ainda na raiz da coxa esquerda e lado esquerdo do baixo ventre. Contactuante, lúcida e orientada, afebril, com 36,5 C ,

eupneica (20 mrm), normocàrdica (72 bpm), hidratada, corada, antiictérica, com abdome plano e ausência de ruídos hidroaéreos. Urinou 1 vez no período, no vaso sanitário.. Está em fluidoterapia com soro glicosado a 5% e fisiológico a 0.9%.

Diagnóstico médico:

Acidente botrópico.

Diagnóstico de Enfermagem:

Alteração da necessidade de locomoção, necessidades de integridade física, cutâneo/mucosa, e percepção dos órgãos dos sentidos, manifestada pela dor e desconforto no MIE, relacionada a lesão devido a picada de cobra (jararaca) na face medial do pé esquerdo, com quadro de dor, calor, sangramento e edema no mesmo local, e ainda na raiz da coxa esquerda e lado esquerdo do baixo ventre. A dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou potencial ao tecido. É a razão mais comum para as pessoas procurarem cuidados de saúde. A pele por sua vez é considerada um espelho para o nosso corpo, ou seja, alterações sistêmicas e viscerais, são evidenciadas por alterações de cor, volume, consistência, brilho, temperatura e sensibilidade da pele.

Alterações da necessidade de segurança física em domicílio, manifestada pela possibilidade de ocorrência de novos acidentes, relacionada a presença de animais peçonhentos onde vive (serpentes e aranhas). E manifestada ainda, pela ingestão de água não tratada em domicílio, relacionada ao risco em potencial de aquisição de gastroenterite aguda.

Plano de cuidados:

Puncionar veia com scalp 19 ou 21, ou abbocath 18, para que o tratamento específico seja feito com maior rapidez.

Colher sangue por tempo de coagulação e outros exames.

Iniciar hidratação com solução glico-fisiológico a 5%. Usar equipo de fluidoterapia com pelo menos 4 vias, para que não ocorra desequilíbrio hidroeletrólítico e como profilaxia de complicações renais pela diminuição do volume.

Aplicar medicação anti-histamínica protetora, segundo prescrição médica. Aguardar 15-20 minutos, Como profilaxia de possíveis reações anafiláticas/anafilactóides pela aplicação do soro heterólogo específico (gamaglobulinas).

Aplicar soro anti-veneno específico EV, após 15-20' com infusão rápida e contínua (20-30') conforme prescrição médica

Monitorizar rigorosamente diurese do paciente (cor e quantidade).

Manter o membro afetado elevado, evitando dobrar as articulações.

Observar, registrar a presença de edema, equimose, sangramentos, hiperemia, bolhas, necroses, secreção no membro picado, dor local, adenomegalias, sintomas neurológicos, cardiovasculares e renais, para observar evolução do quadro e identificar complicações.

Verificar sinais vitais 4 vezes ao dia.

Não fazer medicação IM, pois o paciente apresenta alterações de coagulabilidade.

Ministrar medicação prescrita para alívio dos sinais e sintomas.

Anotar queixas de dor e desconforto.

Orientar a cliente quanto aos riscos do uso do cigarro, álcool e maconha e o os risco de consumo de água não tratada.



Orientar a cliente a procurar um ginecologista, para melhor avaliação da mama esquerda.

Dialogar com a cliente com relação ao ambiente onde vive, para que utiliza métodos de prevenção ao acidente por peçonhentos, como uso de calçados contentemente; nunca tocar em um animal peçonhento, mesmo que pareça morto; não cercar um animal peçonhento; não levantar pedras ou troncos, nem colocar a mão em buracos no terreno.

Dialogar com o cliente sobre as suas e as minhas experiências, acerca de intoxicações por animais peçonhentos, para que possamos, juntos, ampliar nossos conhecimentos.

## VISITA DOMICILAR

Plano de visita domiciliar:

1 - Dados de identificação:

Nome: J. T. K

Idade: 25 anos

Sexo: Feminino

Profissão: Vendedora

N.º da visita: 01

Endereço: Barra da Lagoa - Fortaleza.

Descrição: Casa de alvenaria, com pilares altos.

Grau de escolaridade: 2º grau completo.

Religião: Católica

Filiações Comunitárias: Não pertence.

Renda: 500 reais.

N.º de filhos: 00

2 - Condições de saúde do cliente/família:

Edema em pé direito e raiz da coxa, seguido de dores, devido a acidente botrópico.

3- Objetivo da visita:

3.1 - Geral:

Assistir a cliente e a família em seu domicílio visando o auto cuidado.

3.2 - Específico:

Compartilhar novas idéias com o cliente com relação a terapêutica instituída para o domicílio e relembrar o que foi dialogado a respeito do acidente botrópico, quando no meio intra hospitalar.

Conhecer o meio em que o cliente vive.

Observar o seu relacionamento com os familiares e como estes participam do seu processo de cura.

Observar condições de higiene

4 Atividades previstas:

Dialogar com o cliente e família a fim de lhe esclarecer dúvidas relacionadas ao acidente botrópico.

5 Material :

Esfigmomanômetro, estetoscópio e folderes.

S- Paciente relatou que encontra-se com ausência dos sinais e sintomas que apresentava no dia em que teve o acidente por serpente. Disse que foi muito bem atendida e isto contribuiu para o seu processo de cura. Relata ter realizado a terapêutica conforme foi aialogadô<sup>?</sup> no hospital. Informou ainda, que já fez contato com um médico ginecologista para verificar a causa da dor na mama E.

O- Cliente orientada no tempo e no espaço, hidratada e eupneica. O membro inferior esquerdo encontra-se com ausência de dor, calor, rubor, pús, mal cheiro, e perda de função e infecção.

A residência é de alvenaria, bem iluminada e as instalações elétricas não oferecem riscos. Possui dois quartos, uma sala, uma cozinha e um banheiro, com vaso sanitário e chuveiro. Possui ainda, uma geladeira, duas televisões, um rádio, um armário, uma pia, um fogão e duas camas, um sofá, e quatro cadeira. Bem organizada e limpa. A rede de esgoto não oferece problemas. A água é canalizada e vem das montanhas. O terreno é limpo, amplo e possui muitas árvores frutíferas. T 37 ° C. FC 70 bpm. PA 120 X 80 mmHg. FR 22 mrm.

A- Paciente lúcida, orientada, comunicativa, parecendo estar a vontade com o acadêmico. Sinais vitais dentro dos padrões da normalidade. O local do acidente (pé e coxa esquerdos), com ótima evolução para a cura, com ausências de sinais de inflamação e infecção.

P- Reforçado as orientações que havia sido dialogado no hospital.



**HEMOGRAMA****Nome J T K****Data 10/04/2001****Eritrograma****Valor de Referência****homens      mulheres****Hemácias em milhões/mm3 4,59      5,5 a 6,0      4,0 a 5,5****Alterações Eritrocitárias****Leucograma****Valores de Referência**

	%	mm3	%	mm3
<b>Leucócitos p/mm3</b>		<b>9500</b>		<b>3800 a 11000</b>
<b>Tempo e atividade protrombina</b>		<b>77,7 seg.</b>		
<b>Tempo de trombina parcial ativada</b>		<b>35,8 seg.</b>		
<b>Cretininina</b>		<b>0,8</b>		

## PROCESSO Nº 03

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

E. C. M. 33 anos, agricultor, natural de Águas Mornas, procedente do bairro Costeira do Pirajubaé, foi picado por uma cobra Jararaca há cerca de 30 minutos, em hálux direito, com distância entre as presas de cerca de 2 cm. Foi trazido pela PM e na admissão no Serviço de Emergência do HU, apresentou importante edema até o tornozelo, com calor e muita dor local, pulso pedioso em ambos os membros inferiores. Nenhuma alteração sistêmica ou hemodinâmica. Só apresentou uma tontura (hipotensão postural) ao entrar no carro da polícia. Paciente não viu a cobra (que estava atrás de um monte de madeiras) pois saiu correndo quando sentiu a picada, mas foi identificada pelos colegas que ali estavam, afirmando ser uma Jararaca. O acidente ocorreu em ambiente de trabalho. Fez torniquete logo abaixo do joelho.

#### Diagnóstico de Enfermagem:

Alterações da necessidade de segurança física, manifestada pelo fato de ser agricultor, relacionado ao acidente botrópico (jararaca), uma vez que este tipo de profissão facilita a ocorrência deste tipo de acidente, uma vez que o habitat comum das cobras se caracteriza por lugares onde há bastante vegetação. E manifestada pela presença de tontura, relacionada ao acidente botrópico.

Alterações da necessidade de locomoção, necessidades de integridade física, cutâneo-mucosa, e percepção dos órgãos dos sentidos, manifestada pela dor e desconforto no MIE, relacionada a lesão devido a picada de cobra no hálux, com

quadro edema até o tornozelo, com calor e muita dor local. A dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou potencial ao tecido. É a razão mais comum para as pessoas procurarem cuidados de saúde. A dor acontece e causa ansiedade em muitas pessoas, mais do que uma simples doença. A pele por sua vez é considerada um espelho para o nosso corpo, ou seja, alterações sistêmicas e viscerais, são evidenciadas por alterações de cor, volume, consistência, brilho, temperatura e sensibilidade da pele.

Plano de cuidados:

Puncionar veia com scalp 19 ou 21, ou abbocath 18, para que o tratamento específico seja feito com maior rapidez.

Colher sangue por tempo de coagulação e outros exames.

Iniciar hidratação com solução glico-fisiológico a 5%. Usar equipo de fluidoterapia com pelo menos 4 vias, para que não ocorra desequilíbrio hidroeletrolítico e como profilaxia de complicações renais pela diminuição do volume.

Aplicar medicação anti-histamínica protetora, segundo prescrição médica. Aguardar 15-20 minutos, Como profilaxia de possíveis reações anafiláticas/anafilactóides pela aplicação do soro heterólogo específico (gamaglobulinas).

Aplicar soro anti-veneno específico EV, após 15-20' com infusão rápida e contínua (20-30') conforme prescrição médica

Monitorizar rigorosamente diurese do paciente (cor e quantidade).

Manter o membro afetado elevado, evitando dobrar as articulações.

Observar, registrar a presença de edema, equimose, sangramentos, hiperemia, bolhas, necroses, secreção no membro picado, dor local, adenomegalias, sintomas



neurológicos, cardiovasculares e renais, para observar evolução do quadro e identificar complicações.

Verificar sinais vitais 4 vezes ao dia.

Não fazer medicação IM, pois o paciente apresenta alterações de coagulabilidade.

Ministrar medicação prescrita para alívio dos sinais e sintomas.

Anotar queixas de dor e desconforto.

Dialogar com a cliente com relação ao ambiente onde trabalha, para que utilize métodos de prevenção ao acidente por peçonhentos, como uso de equipamentos de proteção individual, como botas longas, luvas, etc.

Fazer curativos e higiene no local da ferida em MID. .

Dialogar com o cliente sobre as suas e as minhas experiências, acerca de intoxicações por animais peçonhentos, para que possamos, juntos, ampliar nossos conhecimentos.

Evolução:

S - Paciente refere que há 30 minutos da entrada no setor de Emergência do HU aproximadamente, foi picado por uma cobra que identificou como Jararaca, em hálux direito. No momento, refere ter sentido fisgada no local que evoluiu para edema em todo o pé direito. Paciente previamente hidratado. Não apresentou sinais de sangramento e outras queixas.

0 - Turgor e cor de pele mantidos dentro dos padrões

FR 30 mrm

PA 140 X 100 bpm

Marca da picada em hálux D

Sem sinais de sangramento

A - BEG, corado, hidratado, hipertenso, taquipneico

Presença de picada e edema em hálux D

P - Verificação de sinais vitais de h/h

Controle de diurese

Verificação de queixas de dor e desconforto.

Administração de medicação conforme prescrição medica

Vigilância direta enquanto em soroterapia com (SAA).

Curativo em local de ferimento.

## HEMOGRAMA

Nome **ECM**

Data **10/04/2001**

### Eritrograma

### Valores de Referência

homens      mulheres

Hemácias em milhões/mm<sup>3</sup> **4,48**

5,5 a 6,0

4,0 a 5,5

Hemoglobina em g/dl **15,6**

14 a 18

12 a 16

Hematócrito em % **44,3**

40 a 54

37 a 47

Volume globular médio em U2 fl **98,9**

80 a 100

Hem glob média em pg **34,8**

26 a 34

C. h. Globulina media em g/dl **35,2**

31 a 37

RDW **12,7**

9,9 a 15,5

### Alterações Eritrocitárias

### Leucograma

### Valores de Referência

%

mm<sup>3</sup>

%

mm<sup>3</sup>

Leucócitos p/mm<sup>3</sup>

**7000**

3800 a 11000

Segmentados	62,7	4389	45 a 74	1500 a 7400
Bastonados	00	00	0 a 5	0 a 350
Linfócitos	27	1953	22.3 a 49.9	1100 a 3500
Monócitos	1,3	546	0.7 a 7.5	200 a 00
Eosinófilos	0,3	21	0.5 a 4	20 a 670

Alterações Leucocitárias

Valor de Referência  
mm3

Contagem plaquetas p/mm3	204000	1500 a 440000
--------------------------	--------	---------------

Coagulograma

Tempo de sangramento 2 m

Tempo de coagulação 9 m

Tempo e atividade protrombina

D 14,2 seg

N 12,5 seg

Valor de Referência

Atividade 84,3 % 70 a 100%

RNI 1,17 seg

Tempo de trombina parcial ativada

D 27,1 seg

N 12,5 seg

Valor de Referência

Relação D/N 0,86 inferior a 1,3

Valor de Referência

Uréia 17 mg/dl 15 a 39



<b>Creatinina</b>	<b>0,7 mg/dl</b>	<b>0.8 a 1.3</b>	<b>0.6 a 1.0</b>	<b>19</b>
<b>Sódio</b>	<b>139 mEq/dl</b>		<b>140 a 148</b>	
<b>Potássio</b>	<b>3,4 mEq/dl</b>		<b>3.6 a 5.2</b>	

## PROCESSO Nº 4

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

E. P. N 26 anos, católico, casado, pai de um filho de 05 anos. Procedente de Florianópolis. Estudou até o 2º grau completo. Nega tabagismo, álcool, e drogas. Diz que no local onde mora há algumas serpentes e aranhas. A água que bebe em residência é tratada e canalizada pela CASAN. Possui energia elétrica em sua casa, juntamente com geladeira, TV, fogão, cama, pia e guarda roupas. Já teve uma internação para fazer vasectomia (cirurgia paliativa). Deu entrada nesta emergência em 21/04/2001, no período noturno. No momento da admissão apresentava dor em região anterior da perna D. Paciente refere ter sido picado por uma cobra, não tendo plena certeza disto, pois não viu bem o animal. Interna no repouso com diagnóstico inicial de acidente botrópico. Ao exame físico apresentava-se lúcido, orientado, contactuante, eupneico, acianótico, deambulante, com abdome flácido, indolor a palpação. Boa mobilização de MMSSII e lateral da perna D com discreto aumento do volume. Urinou uma vez no período. Foram solicitados exames laboratoriais. Instalada fluidoterapia. Recebeu SAB.

Diagnóstico Médico:

Acidente botrópico.

### Diagnóstico de Enfermagem:

Alterações da necessidade de segurança física em domicílio, manifestada pela possibilidade de ocorrência de novos acidentes, relacionada a presença de animais peçonhentos onde vive (serpentes e aranhas).

Alterações da necessidade de locomoção, necessidades de integridade física, cutâneo-mucosa, e percepção dos órgãos dos sentidos, manifestada pela dor e desconforto na região anterior da perna, relacionada ao acidente botrópico (jararaca), e manifestada pelos sinais e sintomas no local da picada. A dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou potencial ao tecido. É a razão mais comum para as pessoas procurarem cuidados de saúde. A dor acontece e causa ansiedade em muitas pessoas, mais do que uma simples doença. A pele por sua vez é considerada um espelho para o nosso corpo, ou seja, alterações sistêmicas e viscerais, são evidenciadas por alterações de cor, volume, consistência, brilho, temperatura e sensibilidade da pele.

### Plano de cuidados:

Puncionar veia com scalp 19 ou 21, ou abbocath 18, para que o tratamento específico seja feito com maior rapidez.

Colher sangue por tempo de coagulação e outros exames.

Iniciar hidratação com solução glico-fisiológico a 5%. Usar equipo de fluidoterapia com pelo menos 4 vias, para que não ocorra desequilíbrio hidroeletrólítico e como profilaxia de complicações renais pela diminuição do volume.

Aplicar medicação anti-histamínica protetora, segundo prescrição médica. Aguardar 15-20 minutos, Como profilaxia de possíveis reações anafiláticas/anafilactóides pela aplicação do soro heterólogo específico (gamaglobulinas).

Aplicar soro anti-veneno específico EV, após 15-20' com infusão rápida e contínua (20-30') conforme prescrição médica

Monitorizar rigorosamente diurese do paciente (cor e quantidade).

Manter o membro afetado elevado, evitando dobrar as articulações.

Observar e registrar a presença de edema, equimose, sangramentos, hiperemia, bolhas, necroses, secreção no membro picado, dor local, adenomegalias, sintomas neurológicos, cardiovasculares e renais, para observar evolução do quadro e identificar complicações.

Verificar sinais vitais 4 vezes ao dia.

Não fazer medicação IM, pois o paciente apresenta alterações de coagulabilidade.

Ministrar medicação prescrita para alívio dos sinais e sintomas.

Anotar queixas de dor e desconforto.

Dialogar com a cliente com relação ao ambiente onde vive, para que utiliza métodos de prevenção ao acidente por peçonhentos, como uso de calçados constantemente; nunca tocar em um animal peçonhento, mesmo que pareça morto; não cercar um animal peçonhento; não levantar pedras ou troncos, nem colocar a mão em buracos no terreno.

Dialogar com o cliente sobre as suas e as minhas experiências, acerca de intoxicações por animais peçonhentos, para que possamos, juntos, ampliar nossos conhecimentos.

Evolução feita no SEHU:

Dia 09/04/2001

S - Paciente refere que há 30 minutos da entrada no setor de Emergência do HU aproximadamente, foi picado por uma cobra que identificou como Jararaca, em



hálux direito. No momento, refere ter sentido fisgada no local que evoluiu para edema em todo o pé direito. Paciente previamente hidratado. Não apresentou sinais de sangramento e outras queixas.

0 – Pele com coloração e turgor mantidos.

PA 140 X 100 bpm

FR 22 mrm

T 37° C

Marca da picada em hálux D

Edema em pé D

Sem sinais de sangramento

A – BEG, corado, hidratado, afebril, hipertenso.

P - Verificação de sinais vitais de h/h

Controle de diurese

Verificação de queixas de dor e desconforto.

Administração de medicação conforme prescrição medica

Vigilância direta enquanto em soroterapia com (SAA).

Curativo em local de ferimento.

## PROCESSO Nº 5

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

R. D. R. 4 anos, nascido em 08/02/1997, católico, procedente de Biguaçu, residente a Rua Vale 258, Bairro Bom Viver. ~~J.T.K., 25 anos, nascida em 21/05/1975~~ na cidade de Florianópolis SC. Veio acompanhada do pai, que relatou que a criança munca teve internação. No local onde mora há várias serpentes e aranhas. Possui energia elétrica em sua casa, rede de esgoto, água tratada, e em seu domicílio há geladeira, TV, rádio, fogão, cama, pia e guarda roupas. Por volta das 1500 do dia de hoje, estava brincando no jardim de sua casa quando foi picada por uma cobra, identificada pelo pai como jararaca. picada por uma Jararaca, com dor e marca da picada em dorso do pé esquerdo, com distância de dois cm entre as presas, e segue agora com quadro de dor, calor, sangramento e edema discreto no local. Contactuante, lúcida e orientada, afebril, com 36° C , eupneica (24 mrm), normocárdica (70 bpm), hidratada, corada, anictérica, com abdome plano e ausência de ruídos hidroaéreos. Não urinou no período.

Diagnóstico médico:

Acidente botrópico.

Diagnóstico de Enfermagem:

Alteração da necessidade de locomoção, necessidades de integridade física, cutâneo-mucosa, e percepção dos órgãos dos sentidos, manifestada pela dor e desconforto no MIE, relacionada lesão devido a picada de jararaca no pé esquerdo, com quadro de dor, calor, sangramento e edema discreto no local. A dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou potencial ao tecido.

É a razão mais comum para as pessoas procurarem cuidados de saúde. A dor acontece e causa ansiedade em muitas pessoas, mais do que uma simples doença. A pele por sua vez é considerada um espelho para o nosso corpo, ou seja, alterações sistêmicas e viscerais, são evidenciadas por alterações de cor, volume, consistência, brilho, temperatura e sensibilidade da pele.

Alterações da necessidade de segurança física em domicílio, manifestada pela possibilidade de ocorrência de novos acidentes, relacionada a presença de animais peçonhentos onde vive (serpentes e aranhas).

Alterações das necessidades psicossociais, manifestada pela possibilidade de desenvolvimento de estresse, ansiedade e medo, relacionada a idade, que por tratar-se de uma criança, fantasia muito e por tratar-se da primeira internação, o desconhecido poderá lhe trazer medo e ansiedade com relação aos exames, terapêutica, estadia no hospital, afastamento de seu ambiente familiar, de seu pai, e amigos.

Plano de cuidados:

Puncionar veia com scalp ou abbocath, para que o tratamento específico seja feito com maior rapidez.

Colher sangue por tempo de coagulação e outros exames.

Iniciar hidratação com solução glico-fisiológico a 5%. Usar equipo de fluidoterapia com pelo menos 4 vias, para que não ocorra desequilíbrio

hidroeletrolítico e como profilaxia de complicações renais pela diminuição do volume.

Aplicar medicação anti-histamínica protetora, segundo prescrição médica. Aguardar 15-20 minutos, Como profilaxia de possíveis reações anafiláticas/anafilactóides pela aplicação do soro heterólogo específico (gamaglobulinas).

Aplicar soro anti-veneno específico EV, após 15-20' com infusão rápida e contínua (20-30') conforme prescrição médica

Monitorizar rigorosamente diurese do paciente (cor e quantidade).

Manter o membro afetado elevado, evitando dobrar as articulações.

Observar, registrar a presença de edema, equimose, sangramentos, hiperemia, bolhas, necroses, secreção no membro picado, dor local, adenomegalias, sintomas neurológicos, cardiovasculares e renais, para observar evolução do quadro e identificar complicações.

Verificar sinais vitais 4 vezes ao dia.

Não fazer medicação IM, pois o paciente apresenta alterações de coagulabilidade.

Ministrar medicação prescrita para alívio dos sinais e sintomas.

Anotar queixas de dor e desconforto.

Dialogar com o pai da criança com relação ao ambiente onde vive, para que utiliza métodos de prevenção ao acidente por peçonhentos, como uso de calçados constantemente; nunca tocar em um animal peçonhento, mesmo que pareça morto; não cercar um animal peçonhento; não levantar pedras ou troncos, nem colocar a mão em buracos no terreno. E evitar com que a criança brinque em locais onde as cobras costumam ficar, como jardins, bosques, plantações, etc.



Dialogar com o pai, para que deixe a criança o mais a vontade o possível, e se houver condições trazer brinquedos e roupas de seu uso em domicílio, para que diminua a ansiedade e o estresse gerado pela internação. Dialogar ainda com a criança explicando-lhe todos os procedimentos que serão feitos e o porque de fazê-los.

Dialogar com o pai do cliente sobre as suas e as minhas experiências, acerca de intoxicações por animais peçonhentos, para que possamos, juntos, ampliar nossos conhecimentos.

#### Evoluições:

Dia 19/05/2001 às 1550 hs

S- Há aproximadamente 1 hora, picada por cobra jararaca.

O- T 37° C

FR 24 mrm

Inchasso local

A- BEG. Lesão pequena, com edema discreto local.

P - Verificação de sinais vitais de h/h

Controle de diurese

Verificação de queixas de dor e desconforto.

Administração de medicação conforme prescrição medica

Vigilância direta enquanto em soroterapia com (SAA).

Curativo em local de ferimento.

Dia 19/05 às 1745 hs

S- Criança admitida em observação, tranqüila, em companhia do pai.

O- Hidratada, eupneica. Tosse seca, em pequena quantidade. Pequena lesão no dorso do pé esquerdo, sem bolha ou necrose local. Não tem queixas álgicas. T 37,3° C, FC 100 bpm, FR 20 mrm, PA 100/60 mHg.

P - Verificação de sinais vitais de h/h

Controle de diurese

Verificação de queixas de dor e desconforto.

Administração de medicação conforme prescrição medica

Vigilância direta enquanto em soroterapia com (SAA).

Curativo em local de ferimento.

## HEMOGRAMA

Nome **R. D. R**

Data **19/05/2001** Serviço de Emergência Pediátria.

### Eritrograma

### Valor de Referência

Tempo de coagulação **8 m**

**homens** **mulheres**

Hemacias em milhoes/mm3 **4,47**

**5,5 a 6,0**

**4,0 a 5,5**

Hemoglobina em g/dl **11,5**

**14 a 18**

**12 a 16**

Hematocrito em % **34,2**

**40 a 54**

**37 a 47**

Volume globular médio em U2 fl **76,5**

**80 a 100**

Hem glob média em pg **25,7**

**26 a 34**

C. h. Globulina media em g/dl	33,6	31 a 37
RDW	00,0	9,9 a 15,5

Alterações Eritrocitárias

Leucograma

Valores de Referência				
	%	mm3	%	mm3
Leucócitos p/mm3		7500		3800 a 11000
Segmentados	49,0	3675	45 a 74	1500 a 7400
Bastonados	1,00	75	0 a 5	0 a 350
Linfócitos	38	2850	22.3 a 49.9	1100 a 3500
Monócitos	7,0	52	0.7 a 7.5	200 a 900
Eosinófilos	5,0	375	5 a 4	20 a 670

Alterações Leucocitárias

Valor de Referência		
	mm3	
Contagem plaquetas p/mm3	270000	1500 a 440000

Coagulograma

Tempo e atividade protrombina

D	18 seg
N	14,5 seg

Valor de Referência		
Atividade	67,2 %	70 a 100%
RNI	1,30 seg	
Tempo de trombina parcial ativada		
D	36,8 seg	

N 32,5 seg

Relação D/N 1,13

Valor de Referência

inferior a 1,3

Valor de Referência

## HEMOGRAMA

Nome R. D. R

Data 19/05/2001 Clínica Pediátrica.

### Coagulograma

Tempo e atividade protrombina

D 17,8 seg

N 14,5 seg

Valor de Referência

Atividade 68,1 %

70 a 100%

RNI 1,30 seg

Tempo de trombina parcial ativada

D 32,0 seg

N 32,5 seg

Valor de Referência

Relação D/N 0,98

inferior a 1,3

Valor de Referência

## PARCIAL DE URINA

Nome R. D. R.



**Data** 19/05/2001 **Serviço de Emergência Pediátrica**

		Referencial
<b>Cor</b>	<b>Amarelo citrino</b>	<b>Amarelo citrino</b>
<b>Odor</b>	<b>Sui Generis</b>	<b>Sui Generis</b>
<b>Deposito</b>	<b>Nulo</b>	<b>Pequeno</b>
<b>Aspecto</b>	<b>Límpido</b>	<b>Líquido turvo</b>
<b>Exame físico-químico</b>		<b>Valor Referência</b>
<b>Densidade</b>	<b>1,026</b>	<b>1010 até 1030</b>
<b>PH</b>	<b>6,0</b>	<b>5,0 até 7,0</b>
<b>Exame químico</b>		<b>Valor Referência</b>
<b>PH</b>	<b>Negativo</b>	<b>Negativo</b>
<b>Substancia redutoras</b>	<b>Negativo</b>	<b>Negativo</b>
<b>Hemoglobina</b>	<b>Negativo</b>	<b>Negativo</b>
<b>Bilirrubinas</b>	<b>Negativo</b>	<b>Negativo</b>
<b>Uribilinogenio</b>	<b>Negativo</b>	<b>Negativo</b>
<b>Sedimento urinário (contagem Almeida)</b>	<b>Negativo</b>	<b>Negativo</b>
<b>Células epiteliais</b>	<b>Raras</b>	<b>Raras</b>
<b>Leucocito-piócito</b>	<b>1200</b>	<b>Até 1000/ml</b>

## PROCESSO Nº 6

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

N. T. J de 39 anos, católico, casado, pai de dois filhos de 15 anos e um de 19 anos. Procedente da Trindade, Florianópolis. Estudou até o 3º grau completo. Nega tabagismo, álcool, e drogas. Diz que local onde mora não há serpentes e aranhas. A água que bebe em residência é tratada e canalizada pela CASAN. Possui energia elétrica em sua casa, juntamente com geladeira, TV, rádio, fogão, cama, pia, máquina de lavar, telefone, guarda roupas, mesa com cadeiras, sofá, etc, todos os móveis necessários. Já teve três internações, uma devido a um acidente de trânsito, outra para fazer vasectomia (cirurgia paliativa) e outra para fazer amigdalectomia.. Deu entrada no Setor de Emergência do HU, no dia 09/05/2001, por volta das 17 horas. No momento da admissão apresentava dor e leve edema e pequeno eritema na face lateral medial interna do pé direito. Paciente foi picado por um filhote de cobra jararacuçu, que trouxe com sigo. Interna no repouso com diagnóstico inicial de acidente botrópico. Ao exame físico apresentava-se lúcido, orientado, contactuante, eupneico, acianótico, deambulante, com abdome flácido, indolor a palpação. Boa mobilização de MMSSII e face lateral medial do pé direito com uma pequena porta de entrada bem pouco visível, dificultando a visualização da distância entre as presas. Urinou duas vezes no período. Foram solicitados exames laboratoriais. Instalada fluidoterapia. Recebeu SAB.

Diagnóstico Médico:

Acidente botrópico.

Diagnóstico de Enfermagem:

Alterações da necessidade de locomoção, necessidades de integridade física, cutâneo-mucosa, e percepção dos órgãos dos sentidos, manifestada pela dor, desconforto e eritema na face lateral medial interna do pé direito, relacionada ao acidente botrópico (jararaca), e manifestada pelos sinais e sintomas no local da picada. A dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou potencial ao tecido. É a razão mais comum para as pessoas procurarem cuidados de saúde. A dor acontece e causa ansiedade em muitas pessoas, mais do que uma simples doença. A pele por sua vez é considerada um espelho para o nosso corpo, ou seja, alterações sistêmicas e viscerais, são evidenciadas por alterações de cor, volume, consistência, brilho, temperatura e sensibilidade da pele.

Plano de cuidados:

Puncionar veia com scalp 19 ou 21, ou abbocath 18, para que o tratamento específico seja feito com maior rapidez.

Colher sangue por tempo de coagulação e outros exames.

Iniciar hidratação com solução glico-fisiológico a 5%. Usar equipo de fluidoterapia com pelo menos 4 vias, para que não ocorra desequilíbrio hidroeletrolítico e como profilaxia de complicações renais pela diminuição do volume.

Aplicar medicação anti-histamínica protetora, segundo prescrição médica. Aguardar 15-20 minutos, Como profilaxia de possíveis reações anafiláticas/anafilactóides pela aplicação do soro heterólogo específico (gamaglobulinas).

Aplicar soro anti-veneno específico EV, após 15-20' com infusão rápida e contínua (20-30') conforme prescrição médica

Monitorizar rigorosamente diurese do paciente (cor e quantidade).

Verificação de queixas de dor e desconforto.

Administração de medicação conforme prescrição médica

Vigilância direta enquanto em soroterapia com (SAA).

Curativo em local de ferimento.



## PROCESSO N.º 7

### HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A. O. 57 anos, nascido em 14/12/9143, católico, procedente de Alfredo de Wagner, residente a Rua Águas frias 52, em Alfredo Wagner. Trabalha na lavoura. Casado, pai de cinco filhos (3 meninas e 02 meninos). Já teve duas internações, ambas por intoxicação pelo Tordol (veneno para retirar erva daninha do pasto e sobre a grama, ficando internado a primeira vez um três dias e a segunda vez dois dias. Já teve convulsão devido a intoxicação, por ser alérgico a certos tipos de venenos. Ontem começou com uma mancha vermelha de aproximadamente 1 cm, no lado esquerdo do peito. Agora está arroxeadada, e com equimose sugestivo de acidente loxoscélico. Há uma marca da picada. No momento não sentiu a picada, agora sente dor em queimação. Informa que possui aranhas em sua residência.

Diagnóstico médico:

Acidente Loxoscélico ?

Diagnóstico de Enfermagem:

Alterações das necessidades cutâneo-mucosa, e percepção dos órgãos dos sentidos, manifestada pela dor e desconforto no MIE, relacionada lesão devido a picada de aranha no lado esquerdo do peito, com quadro de dor em queimação, epiremia e equimose. A dor acontece e causa ansiedade em muitas pessoas, mais do

que uma simples doença. A pele por sua vez é considerada um espelho para o nosso corpo, ou seja, alterações sistêmicas e viscerais, são evidenciadas por alterações de cor, volume, consistência, brilho, temperatura e sensibilidade da pele.

Alterações da necessidade de segurança física, manifestada pelo fato de ser agricultor, relacionado ao acidente aracnídeo (*loxoscelis?*), uma vez que este tipo de profissão facilita a ocorrência deste tipo de acidente, uma vez que o habitat comum destes animais caracteriza por lugares onde há bastante vegetação. Relacionada ainda pelo fato de que existe muitas aranhas em sua região.

Alterações das necessidades psicossociais, manifestada pela possibilidade de desenvolvimento de estress, ansiedade e medo, relacionado ao fato de ter tido convulsão por intoxicação por agrotóxicos, e poder confundir os agentes e pensar que as consequências podem ser iguais em ambos os tipos de acidentes toxicológicos.

Plano de cuidados:

Puncionar veia com scalp ou abbocath, para que o tratamento específico seja feito com maior rapidez.

Colher sangue por tempo de coagulação e outros exames.

Iniciar hidratação com solução glico-fisiológico a 5%. Usar equipo de fluidoterapia com pelo menos 4 vias, para que não ocorra desequilíbrio hidroeletrolítico e como profilaxia de complicações renais pela diminuição do volume.

Aplicar medicação anti-histamínica protetora, segundo prescrição médica. Aguardar 15-20 minutos, Como profilaxia de possíveis reações anafiláticas/anafilactóides pela aplicação do soro heterólogo específico (gamaglobulinas).

Aplicar soro anti-veneno específico EV, após 15-20' com infusão rápida e contínua (20-30') conforme prescrição médica

Monitorizar rigorosamente diurese do paciente (cor e quantidade).

Manter o membro afetado elevado, evitando dobrar as articulações.

Observar dor local, adenomegalias, sintomas neurológicos, cardiovasculares e renais, para observar evolução do quadro e identificar complicações.

Verificar sinais vitais 4 vezes ao dia.

Não fazer medicação IM, pois o paciente apresenta alterações de coagulabilidade.

Ministrar medicação prescrita para alívio dos sinais e sintomas.

Anotar queixas de dor e desconforto.

Dialogar com o cliente com relação ao ambiente onde vive e trabalha, para que utilize métodos de prevenção ao acidente por peçonhentos, como uso de calçados constantemente; nunca tocar em um animal peçonhento, mesmo que pareça morto; não cercar um animal peçonhento; não levantar pedras ou troncos, nem colocar a mão em buracos no terreno. E utilizar equipamentos de proteção individual como luvas e botas.

Dialogar com o cliente e informá-lo sobre as alterações, principalmente cutâneo mucosa, com relação ao acidente aracnídeo, e esclarecer-lhe que este tipo de acidente toxicológico possui alterações diferentes ao do acidente por agrotóxicos, podendo até mesmo ocorrer, se não tratado anafilaxia ao soro anti aracnídeo, mas que será realizado medicação prévia para que isto não aconteça.

Dialogar com o cliente sobre as suas e as minhas experiências, acerca de intoxicações por animais peçonhentos, para que possamos, juntos, ampliar nossos conhecimentos.

Evoluções:

S- Há 32 horas percebeu pequena pápula eritematosa em pele na região epigástrica, evoluindo com aumento da área eritematosa e dor local. Refere desconfiar de picada de inseto. Nega náuseas, vômitos e prurido. Paciente encaminhado de Alfredo Wagner, por suspeita de picada por aranha marrom. Nega alterações urinárias ou gastrointestinais.

O- Pele com turgor mantido

Abdome depressivo a palpação

T 36,5 ° C

FR 24 mrm

A- BEG, corado, hidratada, eupneico, abdome flácido. Pele com mácula eritematosa em região epigástrica e dor local.

P - Verificação de sinais vitais de h/h

Controle de diurese

Verificação de queixas de dor e desconforto.

Administração de medicação conforme prescrição medica

Vigilância direta enquanto em soroterapia com (SAA).

Curativo em local de ferimento.



## **ANEXO 02**

**HISTÓRICOS E PROCEDIMENTOS REALIZADOS PELOS PROFISSIONAIS DO CIT, DO SEHU E PELO ACADÊMICO, DENTRO E FORA DO HORÁRIO DE ESTÁGIO, DURANTE O PERÍODO CORRENTE. EXCETUANDO-SE OS CASOS MAIS GRAVES, ONDE FOI PRECISO ATUAÇÃO MAIOR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, SENDO ESTES RELACIONADOS MAIS DETALHADAMENTE NOS PROCESSOS DE ENFERMAGEM.**

***Acidente ofídico:*****19/05/2001 às 1550 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Acidente**Lesão:** Leve**Via:** Cutânea

R. D. R de 04 anos, picado por pequena cobra marrom e escura, no membro inferior direito. Teve apenas um pequeno sangramento no local. Mantido o membro elevado.

***Acidente aracnídeo:*****06/04/2001 às 1625 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Acidente**Lesão:** Leve**Via:** Cutânea

S.R. F de 37 anos, do lar, estava fazendo faxina às 10 hs em casa, quando foi picada por uma aranha. Na hora sentiu pouca dor. Aumentou a dor às 13 hs, evoluindo para edema. Foi feito tratamento sintomático com Fenegram e corticóide.

**RG CIT 14328****23/04/2001 às 1738 hs****Área exposição:** Rural**Situação:** Acidente**Lesão:** Leve**Via:** Cutânea

J. I. de 75 anos, foi picado por uma aranha grande (aproximadamente 5 cm) e peluda na região medial do pé direito, abaixo do tornozelo. Não havia edema. Eritema em cerca de 9 cm de diâmetro. Não havia marca da picada. Sentia parestesia (formigamento) no pé e na língua. PA 190 X 100 mmHg. FC 80 bpm. FR 16 mrm. Realizado apenas tratamento sintomático, anti-sepsia do local, uso de Capotem e pedido de exames de Hemograma, PU, bilirrubinas, U, CR, Na, K e plaquetas, que deram normais.

**RG CIT 14589**

**28/04/2001 às 1122 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

L. A 07 anos, há uma hora foi picado por uma aranha que estava no meio da areia. A aranha atacou, picando o antebraço e a perna D. Teve dor intensa na hora da picada. Apresentou marca da picada no antebraço e outra na perna, com edema e eritema em ambos. PA 110 X 70 mmhg. Paciente trouxe a aranha, que foi identificada como Phoneutria. Realizado tratamento sintomático, compressas de água quente. Não houve necessidade de soroterapia e nem de bloqueio anestésico.

**RG CIT 14658**

**29/04/2001 às 0845 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

D. M. N. 52 anos, relata ter sido picada por uma aranha pequena e verde, na região da cabeça, sem visualização da marca, no dia anterior às 2100 hs, quando desde então passou a apresentar prurido no local do pescoço picado, associado a eritema, calor, edema que vai ate a região sub mentoniana. Feito apenas tratamento sintomático, sem soroterapia e sem bloqueio anestésico.

**RG CIT 14684**

**30/04/2001 às 06300 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

J. M. de 30 anos acordou com picada de inseto suspeito de ter sido aranha. Sentiu dor no momento da picada. Nega aranhas em casa. Não houve necessidade de tratamento.

**RG CIT 14681**

**12/05/2001 às 1050 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** leve

**Via:** Cutânea

C. S. C há oito dias iniciou com ardência na sola dos pés. Há sete dias com cianose em extremidades do pé D, edema e sensação de queimor. Há seis dias com edema em joelho. Há quatro dias com aumento do volume no dorso das mãos e dor que permaneceu três dias. Apresentou papulas pruriginosas, edema discreto, cianose e limitação de movimentos nos dedos da mão E. Apresenta disfagia a sólidos e líquidos e edema perioral. Ontem iniciou com edema no



dorso do pé D, com bolhas e secreção líquida amarelada e hiperemia.

Apresenta infecção local, além de necrose. Feito tratamento para quadro cutâneo visceral e cutâneo necrótico. Desbridamento local, antibioticoterapia e pedido exames.

**RG CIT 14839**

**12/05/2001 às 1939 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** leve

**Via:** Cutânea

F. A. L. de 29 anos, há 3 dias começou a apresentar prurido em hálux direito, com aparecimento de vesícula de 3 mm de diâmetro. No dia seguinte apareceram outras lesões pelo corpo, com prurido e eritema. Apresentou dor tipo latejante em hálux direito e tornozelo direito. A lesão evoluiu para edema. Feito tratamento diferencial para *Loxosceles* e descartada suspeita de larva migrans.

**RG CIT 14844**

**14/05/2001 às 1956 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

L. F. M de 42 anos, há uma hora paciente encostou perto de umas pedras e sentiu picada na parte anterior do braço esquerdo. Sentiu dor em grande quantidade, que irradiava para a região axilar, sudorese no local da picada, eritema e tontura. Feito tratamento para Phoneutria, ou seja, compressas frias, analgesia e bloqueio anestésico. **RG CIT 14865**

**18/05/2001 às 0930 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

M. A. V. 32 anos, acordou com lesão que evoluiu para bolha na testa, característica de acidente loxoscélico. Tratado a lesão e pedido exames de TC, TAP, TTPA, PU, U, Cr, G, K, Na.

**RG CIT 14912**

**31/05/2001 às 01300 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

M. S. de 23 anos, picado por aranha que não soube descrever, apresentando no Iº dedo do pé, edema e eritema. Feito analgesia, compressa de água quente, limpeza e coagulograma para descartar acidente botrópico. As 15 horas encontrava-se com BEG, afebril, eupneica corada e hidratada, sendo que o dedo estava levemente paresiado. Resultado dos exames TA 76,6%, TTPA 32,9 sg, U 29. Bilirrubina BI 0,84. BD 0,20. BI 0,64. TC 5m. **RG CIT 15095**

***Erucismo:***

**06/04/2001 às 1334 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

M. I. H. V. de 36 anos, às 11 hs horas tocou em uma lagarta imaginando que uma folha. Na hora da picada sentiu dor. Sente agora queimor nos dedos de ambas as mãos e edema na mão esquerda e porção distal do antebraço, hiperemia e limitação dos movimentos. Foi feito tratamento com analgésico tipo Dipirona EV.

**RG CIT 14321**

**09/04/2001 às 0938 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

D. V. P de 58 anos, do lar, teve contato no dedo, com lagarta (taturana-gatinha) há 1 h, enquanto mexia em algumas roupas em sua casa.

Foi feito apenas tratamento sintomático.

**RG CIT 14366**

**08/05/2001 às 1245hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

I. S. de 33 anos, foi cortar um galho de árvore e teve contato com lagarta do gênero Megalophyidae. Feito compressas frias, analgesia e aplicado anti histamínico e corticóide.

**RG CIT 14797**

**20/05/2001 às 1115hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

V. K. C. de 61 anos, entrou em contato com a lagarta do gênero *Automeris* há uma hora e meia atrás, apresentando edema, eritema e dor na mão esquerda. Feito tratamento sintomático, com compressa fria e analgésico e aplicado anti histamínico.

**RG CIT 14934**

**22/05/2001 às 1245hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

F. C. F. de 6 anos, encostou em uma lagarta esbranquiçada com longos pêlos. Sentiu dor no momento do contato. Feito compressas de água fria para alívio da dor e aplicado anti histamínico.

**RG CIT 14952**

**22/05/2001 às 1400 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea



L. C. O de 12 anos, há 24 horas entrou em contato com lagarta em seu braço. Está com edema intenso, hiperemia e dor local. Pedido coagulograma para descartar Lonomia, pois não viu a lagarta. Tratamento local da lesão com corticoide tópico e AH. Feito ainda, compressas frias.

**RG CIT 14954**

**25/05/2001 às 1300 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

L. F. M de 42 anos, encostou em uma podalia quando foi abrir a torneira do tanque de lavar roupas. Refere muita dor local e apresenta hiperemia.

**RG CIT 14994**

**26/05/2001 às 0945 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

V. A. de 12 anos, há uma hora entrou em contato com lagarta, na mão direita, apresento-se com edema leve (+/4++) pequeno rubor e dor a palpação. Trouxe a lagarta que foi identificada como Automeris. Orientado a lavar a região de contato com água fria, fazer compressas frias e deixar membro elevado. Feito anti histamínico oral, e corticoide tópico e dipirona.

**RG CIT 15016**

**29/05/2001 às 1956 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

L. K. de 10 anos, entrou em contato com lagarta, que trouxe para identificação. Foi feito compressa de água fria e aplicado corticóides tópicos.

**RG CIT 15059**

*Animais desconhecidos:*

**28/03/2001 às 1712 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

V. B. S. de 43 anos, iniciou há 06 dias com lesão hiperemiada no braço direito e prurido após contato com inseto desconhecido. Há um dia a mesma placa iniciou-se no outro braço. Lesão bilateral sem dor e sem alterações sistêmicas. Feito apenas acompanhamento de evolução do quadro, que evoluiu para melhora.

**RG CIT 14264**

**01/04/2001 às 1624 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

S. R. M. de 30 anos, estava limpando a casa no fim de semana e foi picado por um animal desconhecido. Teve pouca dor no local e eritema. Não há edema e nem marca da picada. Foi feito a limpeza do local e compressas quentes.

**RG CIT 14245**

**02/04/2001 às 2330 hs**

**Área exposição:** Rural

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

F. B. de 20 anos, foi picado no antebraço esquerdo por animal desconhecido, sentindo uma físgada que escorreu um pouco de sangue no momento. Seis horas após o acidente, teve cefaléia e leve edema e dor em queimação, irradiada para braço. Aplicado 04 ampolas de SAB com medicação prévia, hidratação, elevação do membro afetado, e exames, que deram os seguintes resultados: TAP65,4%, TC 6 minutos. No dia 03/04/2001 novos exames revelaram: TAP 80% e TC: 7 minutos. **RG CIT 14253**

**09/04/2001 às 1415 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

L.B.S. de 19 anos, foi picado no punho direito, por um inseto não identificado, sentindo leve ardência e prurido que logo cessou. No local havia a marca da picada, um ponto que evoluiu para edema e eritema (5 cm de diâmetro). Já tem história de alergia por inseto.

Foi feito tratamento sintomático com anti-histamínico (Polaramine 2mg 8/8 hs)

**RG CIT 14375**

**14/04/2001 às 1545 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

F. L. A . de 22 anos, estava em um barco quando sentiu uma picada no dorso do pé esquerdo. Disse que viu um bichinho preto que não era aranha, mas tinha rabinho pontudo. O local está eritematoso, com prurido, edemaciado, sem dor, com vesículas e necrose. Não apresentou manifestações sistêmicas e nem alterações na urina. Foi feito apenas tratamento sintomático.

**RG CIT 14535**

**16/04/2001 às 1340 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

L. C. S. de 37 anos, no dia de ontem viu uma pequena bolha de água no dedo médio da mão direita. A bolha aumentou, seguindo de dor e ardência, irradiando para a articulação. Hoje verificou edema. Nega alterações na urina. A bolha hoje encontra-se com conteúdo sero-sanguinolento, com 1 cm de diâmetro.

**RG CIT 14513**



**06/04/2001 às 0620 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

A. M. F., 26 anos, apresenta uma lesão no dorso do pé esquerdo, com pús e eritema. Foi pedido hemograma, PU, TC, TTPA, eletrólitos, U, Cr.

**RG CIT 14352**

**20/04/2001 às 2340 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

A. N. de 2 anos. A mãe notou lesões na criança e um ponto de picada na face anterior do punho esquerdo, com pouca secreção, edema e eritema em todo o pé. Foi pedido hemograma, PU e bilirrubinas. **RG CIT 14558**

**23/04/2001 às 1540 hs**

**Área exposição:** Rural

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

A. L G.S. de 31 anos, há três dias foi picado na mão por animal desconhecido. Encontra-se com edema moderado no dorso da mão direita, dor e eritema. Teve cefaléia e a urina não teve alterações. Foi apenas feito observação, pois o processo era auto-limitado.

**RG CIT 14586**

**26/04/2001 às 1624 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

J. P. D. S. de 40 anos, estava no mato há 24hs atras, quando sentiu dor na perna direita e edema. Foi verificado já na emergência do HU, edema, eritema, calor e petéquias no local.

Foi feito tratamento sintomático e pedido exames de TA, TTPA: Hemograma e TAP, que deram inalterados.

**RG CIT 14651**

**26/04/2001 às 2240 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

F. C. M. 29 anos, hoje pela manhã notou alterações em sua perna D, ou seja, placas eritematosas, calor local, petéquias e dor de forte intensidade, seguido de febre alta (39 graus). Informou que na sua residência possui aranhas cinzas com preto.

Foi orientado que estas manifestações podem ocorrer nas 1ª 24 horas após picada. Foram pedidos exames hemograma, PU e coagulograma, que deram normais. Não foi preciso soroterapia.

**RG CIT 14638**

**27/04/2001 às 2330 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

L. S. de 18 anos, teve há uma hora uma picada por animal desconhecido, havendo prurido e edema no pé direito. Foi feito apenas o tratamento sintomático.

**RG CIT14655**

**25/05/2001 às 1030 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

A. C. C. de 7 anos, estava brincando no parquinho da creche, quando sentiu picada na mão esquerda. Pedido (PU, TC, TAP, TTPA, eletrólitos). Feito tratamento sintomático. A mão estava com edema e com marca da picada. Não viu o inseto. Quadro característico de picada de inseto.

**RG CIT 14993**

**26/05/2001 às 1330 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

R. M. M. de 36 anos, ontem a noite estava próxima a uma árvore e foi picada na região zigomática direita. A região um pouco edemaciada e

ruborizada. Nega dor. Apresenta duas pápulas eritematosas. Não viu o inseto. Feito tratamento sintomático e utilizado solu cortef (corticóide) para hipersensibilidade.

**RG CIT 15020**

**27/05/2001 às 1115 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

M. D. D. de 43anos , encontrava-se no jardim da casa quando sentiu uma físgada no abdome. Não viu o animal. O local evoluiu com bolha de conteúdo seroso e um leve eritema circulando a bolha. Em outra região apresenta algumas vesículas, também de concentração serosa, com halo de hiperemia. A doe é leve e sente prurido no local. Não tem marca da picada e nem equimose. Foi liberada com tratamento local e ani-histamínico. Feito obevação do sangramento sistêmico.

**RG CIT 15029**

**27/05/2001 às 2240 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

L. L. de 17 anos acordou com as mãos hiperimiadas e com vesículas indolores. Feito tratamento sintomático.

**RG CIT 15037**



***Intoxicação por medicamentos .*****04/04/2001 às 2157 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Auto medicação**Lesão:** Leve**Via:** Oral

Vanessa, de 04 anos, ingeriu 04 comprimidos de Metroclorpramida (Plasil). Foi tratada com biperideno de 6/6 hs para sintomas extrapiramidais. Hidratada e permanecida em observação.

**RG CIT 14287****24/04/2001 às 1108 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Auto medicação**Lesão:** Leve**Via:** Oral

M./ E. F. de 25 anos, ingeriu 1 comprimido de Levomepromazina. Tratamento sintomático. **RG CIT 14596**

**11/04/2001 às 0700 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Tentativa de suicídio**Lesão:** Leve**Via:** Oral

T. M. de 17 anos, ingeriu 240 mg de Citolopram. Não foi preciso efetuar lavagem gástrica.

**RG CIT 14407**

**26/04/2001 às 2317 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Tentativa de suicídio

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

J.T.C.23 ANOS, ingeriu 20 comprimidos de aminofilina.

**RG CIT 14640**

**28/04/2001 às 2330hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Tentativa de suicídio

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

C. R. S. 14 anos, ingeriu 28 comprimidos de sulfato ferroso. Não foi preciso efetuar lavagem gástrica, apenas tratamento sintomático.

**RG CIT 14671**

**30/04/2001 às 2339 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

J. V.S. de 05 meses, ingeriu vários comprimidos de Diclofenaco. Foi monitorizado a função hepática e renal. Utilizado protetor gástrico. Feito controle para convulsão (diazepan) e lavagem gástrica.

**RG CIT 14695**

**01/05/2001 às 2320 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Tentativa suicídio

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

J.K. M. de 20 anos, ingeriu 05 comprimidos de fenobarbital. Paciente encontrava-se torposa, com pupilas midriáticas pouco reagentes. FC 122 bpm, PA 160 X 90 mmHg. Feito assistência cardiorespiratória, Lavagem Gástrica (LG), Carvão Ativado (CA) com catártico alternado, alcalinização urinária, monitorização de eletrólitos, gasometria, e exames de PH urinário

**RG CIT 14715**

**03/05/2001 às 1503 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Auto medicação

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

T.C.G. de 40 anos, há uma hora tomou 3 comprimidos ácido mefênico (150 mg, dose máxima recomendada). Vomitou 15 mg, após disse que o vômito era líquido amarelado. Apresenta-se com paresia de extremidades. PA 140 X 80 mHg, FC 104 bpm. Encontrava-se ansiosa.

**RG CIT 14747**

**09/05/2001 às 2040 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

M. D. S. A. de 09 anos, ingeriu 1 comprimido de Postoval (Estradiol Levonogestrel). O sintoma que poderia apresentar seria corrimento, mas a dose foi pequena, não havendo necessidade de lavagem gástrica, apenas observação e tratamento sintomático.

**RG CIT 14931**

**21/05/2001 às 0015 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Tentativa suicídio

**Lesão:** Grave

**Via:** Oral

I. R. F de 36 anos, ingeriu amitriptilina. Utilizado carvão ativado alternado. Feito exames.

**RG CIT 15013**

**21/05/2001 às 2115 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidental

**Lesão:** leve

**Via:** Oral

E. R. T. R. de 1 ano, há 2 horas ingeriu meio vidro de aerolim (Salbutamol). Apresentou taquicardia (160 bpm) e tremores. Feito lavagem gástrica e utilizado carvão ativado associado com catártico. Pico de ação 2 a 3 horas. Monitorizado ECG ate 4 horas devido hipoglicemia e hipocalemia.

**RG CIT 14947**



**24/05/2001 às 0940 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Auto medicação

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

M. S. R. de 30 anos, há dois dias apresenta dispnéia e edema infra-orbitário. Fez uso de melhoral, bálsamo branco, e magrins para emagrecer. Encaminhada a doutora Rosa, que possui conhecimento das substâncias que compõem “magrins” para emagrecer.

**RG CIT 15978**

**25/05/2001 às 2330 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Tentativa suicídio

**Lesão:** Moderado

**Via:** Oral

W. V. de 19 anos, com queda do nível de consciência e miose puntiforme bilateral/fotorreagente. Suspeita-se de intoxicação por benzodiazepínicos, bupiriona ou organofosforado. No dia seguinte após o uso de flumazil, reverteu-se os sintomas.

**RG CIT 15013**

**25/05/2001 às 2317 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Respiratório

L. H. T. de 43 anos, fez uso de Jimo-Cupim há 3 horas. Apresenta vômitos e náuseas. Foi utilizado buscopam e observação com atenção aos efeitos muscarínicos.

**RG CIT 15011**

**27/05/2001 às 0300 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Tentativa de suicídio

**Lesão:** Moderado

**Via:** Oral

A. F. 26 anos, há 20 minutos ingeriu quantidade desconhecida de piroxam, Paracetamol (SINUTAB) Paracetamol (BUSCOPAN). Apresentou sonolência. Feito Carvão Ativado em doses repetidas, catartico, ~~controle de diurese~~, controle de diurese, controle de sinais vitais, medidas sintomáticas, avaliação da necessidade de NAC. **RG CIT 15027**

**28/05/2001 às 1145 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

L. A. G. de 31 anos, ingeriu uma caixa de diazepam com 20 comprimidos na noite passada e mais 20 comprimidos hoje pela manhã. Estava cianótica e hipotérmica. Segundo o marido durante o deslocamento a paciente teve pequenas convulsões. Feito manutenção das vias aéreas, lavagem gástrica e utilizado Carvão Ativado.

**RG CIT 15059**

***Intoxicação por domissanitários:*****02/04/2001 às 1115 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Ingestão alimentar**Lesão:** Leve**Via:** Cutânea

D. F. S de 22 anos, tomou vidro inteiro de Shampoo.

**RG CIT 14695****13/04/2001 às 2100 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Tentativa de suicídio**Lesão:** Leve**Via:** OralE. Z. F. de 25 anos, tomou óleo de peroba. Feito tratamento sintomático e RX tórax.. **RG CIT 14469****16/04/2001 às 1300 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Acidente**Lesão:** Leve**Via:** Oral

M. V. P. de 31 meses, ingeriu Q Boa. Feito avaliação da mucosa gástrica, repouso gástrico, e dieta pastosa. Diluição com água e demulcentes.

**RG CIT 14493**

**16/04/2001 às 0526 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

A. G. de 55 anos, ingeriu surfactante amminionico (detergente). Tratamento sintomático e diluição com água, leite e demulcentes.

**RG CIT 14488**

**29/04/2001 às 0000 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Tentativa de suicídio

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

J. R. S. 23 anos, ingeriu Qboa. Feito RX tórax. Não foi feito lavagem gástrica e nem indução de vômito.

**RG CIT 14674**

**01/05/2001 às 1100 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Tentativa de suicídio

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

M. L. C. 07 anos, ingeriu cerca de 25 ml de sabonete líquido. Induzido de vômito, utilizado Carvão Ativado diluído com água. Inspeccionado mucosa orofaríngea. Não foi necessário lavagem gástrica.

**RG CIT 14698**



***Intoxicação por outros produtos químicos:*****01/04/2001 às 1200 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Acidente**Lesão:** Leve**Via:** Respiratório

R.V. G. inalou querosene. Tratamento sintomático. RX de tórax. Mantido vias aéreas perversa.

**RG CIT 14418****23/04/2001 às 2325 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Ocupacional**Lesão:** Leve**Via:** Respiratório

Glades 50 anos, inalou éter. Feito repouso gástrico, anti H2, EDA, hidratação e exames.

**RG CIT 14595****10/05/2001 às 2330 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Acidente**Lesão:** Leve**Via:** Oral

V. K. de 1 ano, ingeriu quantidade indeterminada de óleo diesel. Os pais não procuraram auxílio médico. A criança foi alimentada como de costume e apresentou vomito com odor caraterístico do produto ingerido. Ligaram para o medico que entrou em contato com o CIT. Feito repouso gástrico por 04 horas e

radiografia de controle, pois crianças com ingestão de 1 ml pode apresentar pneumonite, sendo que as alterações radiograficas se apresentam de 30' a 72 horas. As 0120 hs do dia 11/05 a criança chegou a emergência do HU, chorosa, apresentando episódios de vômitos. Feito no RX e mantido-a em observação. As 1230 hs do dia 11/05 paciente subiu para a pediatria do HU, com BEG, hidratado e eupneico. FR 34 mrm. FC 156 bpm. Administrado Plasil e verificado o RX de tórax que não apresentou alterações. Continua em observação. As 1000 hs do dia 12/05 paciente encontrava-se com respiração ruidosa e episódio de tosse ocasionais.

**RG CIT 14766**

**12/05/2001 às 1901 hs**

**Área exposição:** Rural

**Situação:** Ocupacional

**Lesão:** Leve

**Via:** Respiratório

V.A. aplicou no gado carrapatacida há dois dias. Utilizou mascara. Apresentou cefaléia, náuseas, vômitos, anorexia, febre e dor abdominal. Foi medicado sintomaticamente no posto de saúde e encaminhado ao HU. Orientado a fazer Raio X de tórax e investigar algum foco de infecção, já que a febre não pode ser explicada, a não ser que tenha feito pneumonia. Porem, parece que ontem apresentou sintomas urinários. Pedido exames. Feito tratamento sintomático e avaliado a febre.

**RG CIT 14768**

**20/05/2001 às 1115 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** oral

I. S. A. ingeriu há 40 minutos pequena quantidade de desodorizador “Proauto”.  
Feito apenas observação.

**RG CIT 14930**

**27/05/2001 às 2240 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Respiratório

A. O. M. de 30 anos, fez uso de maconha, apresentando palidez, confusão mental e taquicardia. Feito tratamento com plasil e SF a 0,9%.

**RG CIT 15026**

***Intoxicação por pesticidas domésticos .***

**02/04/2001 às 0300 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Auto medicação

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

M. L. N de 12 anos lavou a cabeça com deltametrina para matar piolhos. Lavado com água corrente e sabão.

**RG CIT 14255**

**16/04/2001 às 0920 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Respiratório

M. R.A. 37anos, teve contato com organofosforado para detetização. Tratamento sintomático.

**RG CIT 14490**

**23/04/2001 às 2100 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Prescrição medica inadequada

**Lesão:** Leve

**Via:** Respiratória

Teve contato com produto para matar pulgas (piretroide). Tratamento sintomático

**RG CIT 14570**

**28/04/2001 às 1932**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Acidente

**Lesão:** Leve

**Via:** Cutânea

V. R. 18 anos, estava mexendo com cloro, quando começou com lesões eritematosas em mãos e pés, seguido de fissuras nos lábios. Feito Tratamento sintomático e RX do tórax.

**RG CIT 14666**



**Intoxicação por pesticidas agrícolas:****10/04/2001 às 2100 hs****Área exposição:** Rural**Situação:** Ocupacional**Lesão:** Leve**Via:** Ocular

M. H. F. de 46 anos, teve contato com largicida.

**RG CIT 14404*****Raticida:*****06/05/2001 às 1013 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Tentativa suicídio**Lesão:** Leve**Via:** Oral

C. P. P. ingeriu meio pacote de veneno de rato cor de rosa (cumarínico) há 30 minutos. Feito lavagem gástrica e utilizado carvão ativado. Controlado TAP.

**RG CIT 14797****08/05/2001 às 1013 hs****Área exposição:** Urbana**Situação:** Tentativa suicídio**Lesão:** leve**Via:** Oral

R. R. há 30 minutos ingeriu pequena quantidade de raticida. Tomou 2 copos de leite. Apresentou sinais abdominal. Feito lavagem gástrica e uma dose de carvão ativado. Utilizado atropina devido os efeitos colinérgicos.

**RG CIT 14807**

**16/05/2001 às 1833 hs**

**Área exposição:** Urbana

**Situação:** Tentativa suicídio

**Lesão:** Leve

**Via:** Oral

R. B. F. de 41 anos, ingeriu 2 copos com uma mistura com veneno de rato. Estava com BEG, lúcida orientada, contactuante, taquicárdica, referindo cefaléia. Não houve necessidade de utilização de atropina, uma vez que o frasco trazido pelo marido dizia que era antídoto de atropina.

Feito lavagem gástrica e utilizado carvão ativado. Orientado sobre os efeitos muscarínicos.

**RG CIT 14830**

## **ANEXO 03**

**TABELAS EPIDEMIOLÓGICAS DO CIT SC DO ANO DE 1999.**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
 TABELA 1 - Volume total de atendimentos registrados pelo Centro de  
 Informações Toxicológicas, S.C., no ano de 1999.

INTOXICAÇÕES

CLASSE	HUMANA	ANIMAL	INFORMAÇÃO	Total
01 MEDICAMENTOS	733	4	131	868
02 ANIM. PEÇONHENTOS	902	12	287	1201
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	376	2	155	533
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	173	1	39	213
05 AGROTÓXICOS	402	8	89	499
06 RATICIDAS	116	1	9	126
07 DOMISSANITÁRIOS	389	3	28	420
08 PLANTAS/COGUMELOS	103	3	21	127
09 ALIMENTOS	11	0	13	24
10 METAIS	19	0	11	30
11 DROGAS DE ABUSO	30	0	54	84
12 PROD. VETERINÁRIOS	14	2	5	21
13 NÃO CLASSIFICADO	28	2	122	152
14 DESCONHECIDO	10	2	3	15
Total	3306	40	967	4313



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
 TABELA 2 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo tipo  
 de exposição, atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

EXPOSIÇÃO

CLASSE	AGUDA	CRÔNICA	OUTROS	SUB-AGUDA	SUB-CRÔNICA	Total
01 MEDICAMENTOS	702	6	0	22	2	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	896	0	0	6	0	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	362	0	2	12	0	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	156	9	0	8	0	173
05 AGROTÓXICOS	356	26	1	16	3	402
06 RATICIDAS	115	0	0	1	0	116
07 DOMISSANITARIOS	370	3	1	16	0	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	100	0	0	3	0	103
09 ALIMENTOS	6	0	0	5	0	11
10 METAIS	17	1	0	1	0	19
11 DROGAS DE ABUSO	27	2	0	1	0	30
12 PROD. VETERINÁRIOS	14	0	0	0	0	14
13 NÃO CLASSIFICADO	24	0	2	2	0	28
14 DESCONHECIDO	8	0	1	1	0	10
Total	3153	47	7	94	5	3306

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO - HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS - CIT/SC  
 TABELA 3 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo a circunstância da exposição,  
 atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

CIRCUNTÂNCIA

CLASSE	IA.MED	ABORTO	ABST	ABUSO	IACID	AMBIEN	DESCON	IDUVID	E.ADM	HMIC	I.L.LEIG	M.TRAT	OCUP	OUTROS	P.MED	ISUIC	IU.TERA	VIOL	Total
01 MEDICAMENTOS	28	3	1	2	327	0	10	9	44	0	3	0	1	3	36	239	26	0	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	0	0	0	0	846	0	6	0	0	0	0	0	47	3	0	0	0	0	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	0	0	0	0	351	0	4	0	0	0	0	0	20	1	0	0	0	0	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	0	0	0	2	108	0	1	1	0	0	0	0	49	2	0	9	0	1	173
05 AGROTÓXICOS	2	0	0	0	162	1	2	2	0	2	2	0	106	3	0	119	0	1	402
06 RATICIDAS	0	0	0	0	56	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	58	0	0	116
07 DOMISSANITÁRIOS	0	2	0	2	280	0	7	1	0	1	3	0	55	1	0	38	0	0	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	1	2	0	2	86	0	0	1	0	0	4	0	4	1	0	2	0	0	103
09 ALIMENTOS	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	11
10 METAIS	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
11 DROGAS DE ABUSO	0	0	0	20	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7	0	0	30
12 PROD. VETERINÁRIOS	1	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	14
13 NÃO CLASSIFICADO	0	0	0	0	18	0	2	1	0	0	0	0	2	1	0	2	2	0	28
14 DESCONHECIDO	0	0	0	0	8	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	10
Total	32	7	1	28	2273	1	35	16	44	3	12	1	288	23	36	476	28	2	3306

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
TABELA 4 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo sexo,  
atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

SEXOS

CLASSE	MASCULINO	FEMININO	IGNORADO	Total
01 MEDICAMENTOS	274	450	8	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	504	397	1	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	211	162	3	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	123	50	0	173
05 AGROTÓXICOS	253	146	3	402
06 RATICIDAS	52	63	1	116
07 DOMISSANITARIOS	191	195	4	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	57	46	0	103
09 ALIMENTOS	4	7	0	11
10 METAIS	10	9	0	19
11 DROGAS DE ABUSO	21	9	0	30
12 PROD. VETERINÁRIOS	9	4	1	14
13 NÃO CLASSIFICADO	16	12	0	28
14 DESCONHECIDO	4	6	0	10
Total	1729	1556	21	3306



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
 TABELA 5 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo  
 faixa etária, atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

FAIXA ETÁRIA

CLASSE	< 1	01-04	05-09	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 +	IGN	Total
01 MEDICAMENTOS	38	290	51	29	62	98	68	37	22	14	3	0	20	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	5	85	82	83	65	135	148	130	79	35	21	6	28	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	6	55	44	34	32	73	46	40	21	7	2	1	15	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	5	63	8	2	10	30	24	14	4	2	2	0	9	173
05 AGROTÓXICOS	11	68	11	12	27	84	74	42	37	16	4	0	16	402
06 RATICIDAS	3	45	1	3	8	19	17	6	4	2	1	0	7	116
07 DOMISSANITARIOS	8	171	23	7	22	50	45	29	10	4	5	1	15	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	2	41	12	4	6	4	16	8	6	1	0	0	3	103
09 ALIMENTOS	0	0	0	1	0	3	2	3	0	0	0	0	2	11
10 METAIS	0	9	2	1	1	3	1	1	0	0	0	0	1	19
11 DROGAS DE ABUSO	0	2	1	1	5	14	2	4	0	0	0	0	1	30
12 PROD. VETERINÁRIOS	1	4	0	1	1	2	0	1	1	0	2	0	1	14
13 NÃO CLASSIFICADO	0	8	2	0	5	4	1	1	4	1	2	0	0	28
14 DESCONHECIDO	1	5	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	10
Total	80	846	238	179	244	519	445	317	188	82	42	8	118	3306



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
TABELA 6 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo  
evolução, atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

EVOLUÇÃO

CLASSE	ALT.AMBULAT	CURA	DESCONHEC	ÓBITO	OUTRA	SEQUELA	Total
01 MEDICAMENTOS	15	665	31	2	19	0	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	23	827	46	2	4	0	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	9	347	19	0	1	0	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	14	140	13	0	1	5	173
05 AGROTÓXICOS	25	314	39	11	6	7	402
06 RATICIDAS	10	96	8	0	2	0	116
07 DOMISSANITARIOS	19	347	17	0	3	4	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	2	98	3	0	0	0	103
09 ALIMENTOS	1	9	1	0	0	0	11
10 METAIS	2	17	0	0	0	0	19
11 DROGAS DE ABUSO	3	23	3	1	0	0	30
12 PROD. VETERINARIOS	2	11	1	0	0	0	14
13 NÃO CLASSIFICADO	4	18	2	3	0	1	28
14 DESCONHECIDO	0	7	2	1	0	0	10
Total	129	2919	185	20	36	17	3306

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
 TABELA 7 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo  
 via de exposição, atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

VIA DE EXPOSIÇÃO

CLASSE	CUTANEA	DESCONHEC	MORDEDURA	OCULAR	ORAL	OUTRAS	PARENTERAL	RESP/NASAL	Total
01 MEDICAMENTOS	11	3	0	0	700	2	11	5	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	175	2	725	0	0	0	0	0	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	78	5	285	5	0	3	0	0	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	25	1	0	8	97	0	2	40	173
05 AGROTÓXICOS	79	2	0	4	213	1	2	101	402
06 RATICIDAS	2	0	0	0	112	0	0	2	116
07 DOMISSANITARIOS	32	1	0	15	261	0	0	81	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	21	0	0	13	69	0	0	0	103
09 ALIMENTOS	0	1	0	0	10	0	0	0	11
10 METAIS	2	0	0	1	11	0	0	5	19
11 DROGAS DE ABUSO	0	1	0	0	13	0	0	16	30
12 PROD. VETERINÁRIOS	1	0	0	1	9	0	1	2	14
13 NÃO CLASSIFICADO	2	4	6	2	9	2	2	1	28
14 DESCONHECIDO	3	2	2	0	3	0	0	0	10
Total	431	22	1018	49	1507	8	18	253	3306



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
TABELA 8 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo tipo de ocorrência, atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

OCORRÊNCIA

CLASSE	DESCONHEC	DIAG.DIFER	EXPOSIÇÃO	INTOXICAÇÃO	N.INT/EXPO	OUTRAS	R.ADVERSA	Total
01 MEDICAMENTOS	1	23	228	455	1	0	24	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	0	20	24	856	0	2	0	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	3	26	18	323	2	3	1	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	0	4	31	138	0	0	0	173
05 AGROTÓXICOS	1	23	64	312	2	0	0	402
06 RATICIDAS	1	0	62	53	0	0	0	116
07 DOMISSÂNTARIOS	1	3	117	268	1	0	0	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	0	0	10	93	0	0	0	103
09 ALIMENTOS	0	1	0	10	0	0	0	11
10 METAIS	0	1	11	7	0	0	0	19
11 DROGAS DE ABUSO	0	0	2	28	0	0	0	30
12 PROD. VETERINÁRIOS	0	1	4	9	0	0	0	14
13 NÃO CLASSIFICADO	0	10	3	14	0	1	0	28
14 DESCONHECIDO	0	4	1	5	0	0	0	10
Total	7	116	575	2571	6	6	25	3306

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
 TABELA 9 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo presença  
 de manifestações clínicas, atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

MANIFESTAÇÕES

CLASSE	SIM	NÃO	Total
01 MEDICAMENTOS	496	236	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	877	25	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	352	24	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	141	32	173
05 AGROTÓXICOS	334	68	402
06 RATICIDAS	50	66	116
07 DOMISSANITARIOS	271	119	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	93	10	103
09 ALIMENTOS	11	0	11
10 METAIS	8	11	19
11 DROGAS DE ABUSO	28	2	30
12 PROD. VETERINARIOS	10	4	14
13 NÃO CLASSIFICADO	24	4	28
14 DESCONHECIDO	10	0	10
Total	2705	601	3306



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
TABELA 10 - Volume total de intoxicações humanas segundo presença de  
internação, atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

INTERNAÇÃO

CLASSE	SIM	NÃO	IGNORADO	Total
01 MEDICAMENTOS	215	506	11	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	246	654	2	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	51	324	1	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	39	130	4	173
05 AGROTÓXICOS	156	243	3	402
06 RATICIDAS	55	61	0	116
07 DOMISSANITARIOS	60	328	2	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	6	96	1	103
09 ALIMENTOS	1	10	0	11
10 METAIS	1	18	0	19
11 DROGAS DE ABUSO	9	21	0	30
12 PROD. VETERINÁRIOS	0	14	0	14
13 NÃO CLASSIFICADO	6	22	0	28
14 DESCONHECIDO	3	7	0	10
Total	848	2434	24	3306

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
TABELA 11 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo  
internação (em dias), atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

DIAS INTERNADOS

CLASSE	01	02-05	06-10	11 +	IGNORADO	NÃO	Total
01 MEDICAMENTOS	117	80	8	10	11	506	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	79	130	22	15	2	654	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	27	22	1	1	1	324	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	15	16	1	7	4	130	173
05 AGROTÓXICOS	45	72	23	16	3	243	402
06 RATICIDAS	27	25	2	1	0	61	116
07 DOMISSANITARIOS	33	21	3	3	2	328	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	5	0	0	1	1	96	103
09 ALIMENTOS	1	0	0	0	0	10	11
10 METAIS	1	0	0	0	0	18	19
11 DROGAS DE ABUSO	6	2	0	1	0	21	30
12 PROD. VETERINÁRIOS	0	0	0	0	0	14	14
13 NÃO CLASSIFICADO	1	4	0	1	0	22	28
14 DESCONHECIDO	0	3	0	0	0	7	10
Total	357	375	60	56	24	2434	3306

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 HOSPITAL UNIVERSITARIO-HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS-CIT/SC  
 TABELA 12 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo confirmação  
 através de análise laboratorial, atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

ANÁLISE LABORATORIAL

CLASSE	SIM	NÃO	Total
01 MEDICAMENTOS	7	725	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	21	881	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	2	374	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	1	172	173
05 AGROTÓXICOS	11	391	402
06 RATICIDAS	4	112	116
07 DOMISSANITARIOS	1	389	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	1	102	103
09 ALIMENTOS	0	11	11
10 METAIS	1	18	19
11 DROGAS DE ABUSO	0	30	30
12 PROD. VETERINÁRIOS	0	14	14
13 NÃO CLASSIFICADO	1	27	28
14 DESCONHECIDO	0	10	10
Total	50	3256	3306

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU - CENTRO DE INFORMAÇÕES TOXICOLÓGICAS - CIT/SC  
 TABELA 13 - Volume total de intoxicações humanas por classe segundo a  
 zona de ocorrência, atendidos pelo CIT/SC, no ano de 1999.

ZONA DE OCORRÊNCIA

CLASSE	RURAL	URBANA	IGNORADA	Total
01 MEDICAMENTOS	6	721	5	732
02 ANIM. PEÇONHENTOS	198	663	41	902
03 ANIM. NÃO PEÇONHENTOS	54	307	15	376
04 PROD. QUIM INDUSTRIAIS	8	164	1	173
05 AGROTÓXICOS	115	282	5	402
06 RATICIDAS	4	112	0	116
07 DOMISSANITÁRIOS	1	388	1	390
08 PLANTAS/COGUMELOS	9	94	0	103
09 ALIMENTOS	0	11	0	11
10 METAIS	1	18	0	19
11 DROGAS DE ABUSO	0	30	0	30
12 PROD. VETERINÁRIOS	2	12	0	14
13 NÃO CLASSIFICADO	2	26	0	28
14 DESCONHECIDO	2	8	0	10
Total	402	2836	68	3306



## **ANEXO 04**

### **TABELAS EPIDEMIOLÓGICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE**

Tabela 3. Casos, Óbitos e Letalidade de Intoxicação Humana por Agente e por Região. Brasil, 1999.

Agente	Região Norte			Região Nordeste			Região Sudeste			Região Sul			Região Centro - Oeste			Brasil		
	Casos		Letalidade %	Casos		Letalidade %	Casos		Letalidade %	Casos		Letalidade %	Casos		Letalidade %	Casos		Letalidade %
	n	n°		n	n°		n	n°		n	n°		n	n°		n	n°	
Medicamentos	118	1	0,85	2130	10	0,47	10952	18	0,16	4965	14	0,28	659	4	0,61	18824	47	0,25
Agro/Uso Agrícola	84	6	7,14	348	44	12,64	1977	29	1,47	1487	45	3,03	239	16	6,69	4135	140	3,39
Agro/Uso Doméstico	23	-	-	305	1	0,33	1535	12	0,78	539	1	0,19	173	2	1,16	2575	16	0,62
Prod Veterinários	7	-	-	67	2	2,99	148	1	0,68	225	3	1,33	69	2	2,90	516	8	1,55
Raíscidas	20	-	-	1076	30	2,79	1291	9	0,70	617	4	0,65	76	3	3,95	3080	46	1,49
Domissanitários	33	-	-	610	2	0,33	3493	2	0,06	1472	3	0,20	178	1	0,56	5786	8	0,14
Cosméticos	8	-	-	44	-	-	368	-	-	235	-	-	27	-	-	682	-	-
Prod Quím Industriais	69	-	-	613	11	1,79	2431	12	0,49	1405	4	0,28	226	-	-	4744	27	0,57
Metais	6	-	-	12	-	-	122	2	-	161	-	-	15	-	-	316	2	0,63
Drogas de Abuso	12	-	-	138	2	1,45	927	5	0,54	1158	9	0,78	28	2	7,14	2263	18	0,80
Plantas	14	-	-	213	2	0,94	750	1	0,13	546	-	-	113	-	-	1636	3	0,18
Alimentos	15	-	-	90	-	-	181	-	-	41	-	-	298	1	0,34	625	1	0,16
An Peç /Serpentes	112	-	-	631	7	1,11	410	-	-	1560	2	0,13	1705	6	0,35	4418	15	0,34
An Peç /Aranhas	17	-	-	123	1	0,81	391	-	-	1650	1	0,06	85	-	-	2266	2	0,09
An Peç /Escorpiões	37	1	2,70	3178	6	0,19	1945	2	0,10	268	-	-	281	-	-	5689	9	0,16
Outros an peç /ven	86	1	1,14	380	3	0,79	480	1	0,21	1202	5	0,42	124	-	-	2274	10	0,44
An não peçonhentos	86	-	-	1157	-	-	1434	-	-	1300	-	-	90	-	-	4069	-	-
Desconhecido	10	1	10,00	307	10	3,26	1308	7	0,54	290	10	3,45	30	3	10,00	1945	31	1,59
Outro	21	-	-	77	2	2,60	371	3	0,81	228	3	1,32	44	7	15,91	741	15	2,02
<b>Total</b>	<b>782</b>	<b>10</b>	<b>1,28</b>	<b>11499</b>	<b>133</b>	<b>1,16</b>	<b>30494</b>	<b>104</b>	<b>0,34</b>	<b>19349</b>	<b>104</b>	<b>0,54</b>	<b>4460</b>	<b>47</b>	<b>1,05</b>	<b>66584</b>	<b>398</b>	<b>0,60</b>

Fonte: MS / FIOCRUZ / SINITOX

Tabela 7. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária. Brasil, 1999.

Faixa Etária	Total													
	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	%
Agente	< 1	01 - 04	05 - 09	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 e +	Ign.	
Medicamentos	767	6414	1329	877	2152	3070	1904	1052	485	227	104	42	401	18824 28,27
Agrot/Uso Agrícola	46	415	99	120	385	956	845	581	326	155	53	12	142	4135 6,21
Agrot/Uso Doméstico	107	709	118	118	237	463	327	219	104	37	40	12	84	2575 3,87
Prod Veterinários	13	162	20	30	52	79	66	32	17	17	6	-	22	516 0,77
Raticidas	57	837	94	143	408	688	395	229	98	35	19	7	70	3080 4,63
Domissanitários	174	3022	357	183	360	594	449	271	129	68	36	14	129	5786 8,69
Cosméticos	53	425	34	25	34	30	23	13	14	4	4	1	22	682 1,02
Prod Quím Industriais	124	1666	256	173	329	738	591	397	166	61	39	8	196	4744 7,12
Metais	10	108	31	6	11	40	32	39	14	6	3	-	16	316 0,47
Drogas de Abuso	12	41	32	88	423	689	478	240	103	40	11	2	104	2263 3,40
Plantas	57	687	268	126	102	122	93	58	38	14	10	1	60	1636 2,46
Alimentos	11	64	69	79	57	82	89	51	20	20	12	5	66	625 0,94
An. Peç./Serpentes	9	143	257	413	500	811	757	598	419	280	80	20	131	4418 6,64
An. Peç./Aranhas	12	202	163	133	155	382	379	342	183	134	92	24	65	2266 3,40
An. Peç./Escorpiões	24	403	450	476	621	1122	946	642	424	289	154	53	85	5689 8,54
Outros an. peç./ven.	18	247	281	235	209	320	324	260	160	84	43	15	78	2274 3,42
An. não peçonhentos	33	384	376	314	333	726	662	527	243	171	69	17	214	4069 6,11
Desconhecido	59	461	189	163	194	298	224	155	72	51	23	7	49	1945 2,92
Outro	18	219	75	43	57	104	87	43	25	18	9	1	42	741 1,11
<b>Total</b>	<b>1604</b>	<b>16609</b>	<b>4498</b>	<b>3745</b>	<b>6619</b>	<b>11314</b>	<b>8671</b>	<b>5749</b>	<b>3040</b>	<b>1711</b>	<b>807</b>	<b>241</b>	<b>1976</b>	<b>66584 100</b>
<b>%</b>	<b>2,41</b>	<b>24,94</b>	<b>6,76</b>	<b>5,62</b>	<b>9,94</b>	<b>16,99</b>	<b>13,02</b>	<b>8,63</b>	<b>4,57</b>	<b>2,57</b>	<b>1,21</b>	<b>0,36</b>	<b>2,97</b>	<b>100</b>

Fonte: MS / FIOCRUZ / SINITOX

Tabela 13. Óbitos Registrados segundo Agente Tóxico e Faixa Etária. Brasil, 1999.

Faixa Etária	Total													
	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	n°	%
Agente	<1	01-04	05-09	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e +	Ign.	
Medicamentos	4	8	1	-	1	13	8	4	5	1	2	-	-	47 11,81
Agrot/Uso Agrícola	1	4	-	2	8	41	24	26	14	9	6	1	4	140 35,18
Agrot/Uso Doméstico	-	2	-	-	-	4	3	1	2	2	2	-	-	16 4,02
Prod Veterinários	-	-	1	-	1	3	1	-	-	1	-	-	1	8 2,01
Raticidas	-	1	1	1	4	13	8	8	4	3	3	-	-	46 11,56
Domissanitários	-	-	-	-	1	-	2	2	2	-	-	-	1	8 2,01
Cosméticos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prod Quím Industriais	-	2	-	1	2	5	3	3	4	2	2	1	2	27 6,78
Metais	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	2 0,50
Drogas de Abuso	-	-	-	-	1	4	1	6	2	1	-	-	3	18 4,52
Plantas	-	-	-	-	1	1	-	-	1	-	-	-	-	3 0,75
Alimentos	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1 0,25
An. Peç./Serpentes	-	-	3	2	2	-	2	3	-	2	1	-	-	15 3,77
An. Peç./Aranhas	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2 0,50
An. Peç./Escorpiões	-	4	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9 2,26
Outros an. peç./Ven.	-	-	1	1	-	-	1	1	1	1	2	2	-	10 2,51
An. não peçonhentos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Desconhecido	-	1	6	2	1	2	4	10	1	3	1	-	-	31 7,79
Outro	-	-	1	1	1	2	3	3	3	-	1	-	-	15 3,77
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>89</b>	<b>62</b>	<b>67</b>	<b>40</b>	<b>26</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>11</b>	<b>398 100</b>
<b>%</b>	<b>1,26</b>	<b>5,53</b>	<b>4,27</b>	<b>3,02</b>	<b>5,78</b>	<b>22,36</b>	<b>15,58</b>	<b>16,83</b>	<b>10,05</b>	<b>6,53</b>	<b>5,03</b>	<b>1,01</b>	<b>2,76</b>	<b>100</b>

Fonte: MS / FIOCRUZ / SINITOX



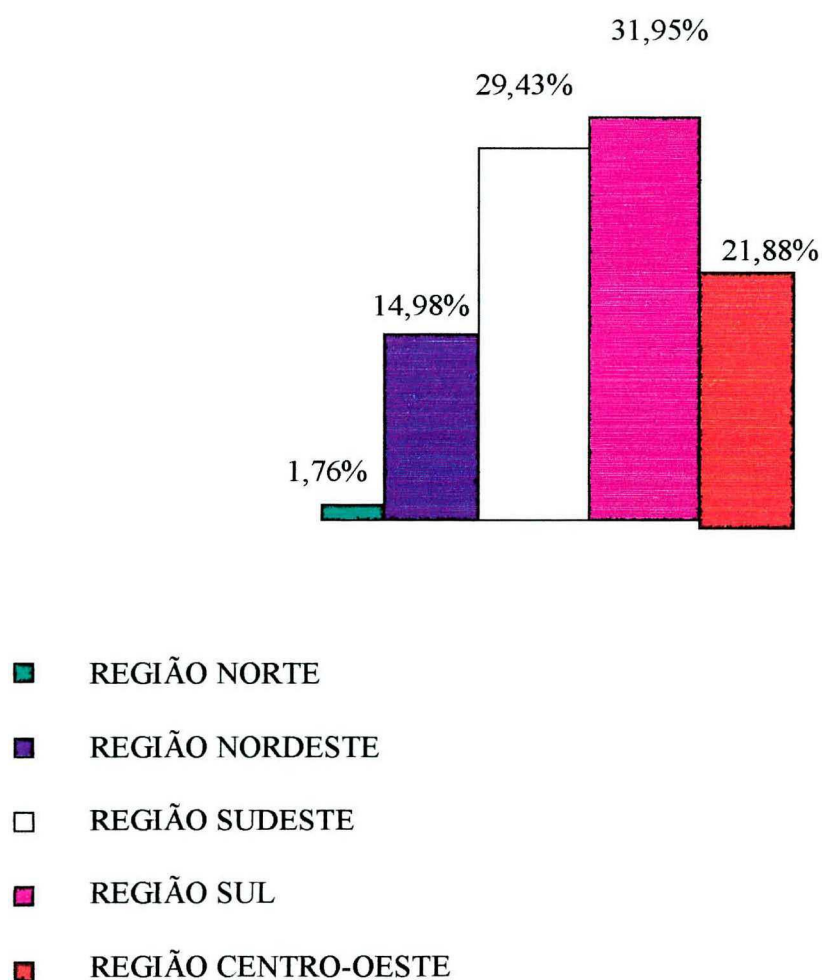
Tabela 12. Óbitos Registrados segundo Agente Tóxico e Circunstância. Brasil, 1999.

Circunstância	Acidente Individual		Acidente Coletivo		Acidente Anônimo		Ocupacional		Uso Terapêutico		Presc Med inadequada		Erro de Administração		Auto Medicação		Abstinência		Abuso		Ingestão de Alimentos		Tentativa Suicida		Tentativa Aborto		Violência/ Homicídio		Ignorada		Outra		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Agente																																	
Medicamentos	7								5		3		1									26		1				1		47	11,81		
Agro/Uso Agrícola	10		1				1						1									120					7		140	35,18			
Agro/Uso Doméstico	1						1															11		3						16	4,02		
Prod Veterinários	1																					6		1						8	2,01		
Rápidas	3		1																			39		3						46	11,56		
Domissanitários																						7		1						8	2,01		
Cosméticos																																	
Prod Quím Industriais	6		4				4															13								27	6,78		
Mutais																						1		1						2	0,50		
Drogas de Abuso																						17								18	4,52		
Plantas																													3	0,75			
Alimentos	1																												1	0,25			
An Peç/Serpentes	10		1				2																	2					15	3,77			
An Peç/Aranhas	2																												2	0,50			
An Peç/Escurpiões	9																												9	2,26			
Outros an peç/ven	10																												10	2,51			
An não peçonhentos																																	
Desconhecido	5																			1			6				17		31	7,79			
Outro	4								2											1			2		6				15	3,77			
Total	69	6	1	8	7	3	2	19	232	1	47	3	398	100																			
%	17,34	1,51	0,25	2,01	1,76	0,75	0,50	4,77	58,29	0,25	11,81	0,75	100																				

Fonte: MS / FIOCRUZ / SINITOX

## ANEXO 05

GRÁFICO 01: NÚMEROS DE CASOS POR ANIMAIS PEÇONHENTOS ATENDIDOS NAS REGIÕES BRASILEIRAS, NO ANO DE 1999.



# **ANEXO 06**

## **FOLDERS**



### PRIMEIROS AUXÍLIOS EM CASO DE MORDEDEURAS E PICADURAS:

Em geral estas situações criam pânico. Então deve-se tranquilizar o paciente e pedir-lhe que fique quieto, pois a movimentação do membro afetado acelera a difusão do veneno pelo resto do corpo. O medo e o nervosismo pode também provocar esta situação. Como o membro inchar, deve-se retirar qualquer coisa que o comprima, como relógios, anéis, sapatos, etc...

Não se deve cortar e nem abrir mais as feridas, muito menos colocar medicamentos ou produtos químicos sobre ou em seu interior. Não ponha o dedo na ferida, que deve ser limpa com água limpa e sabão.

Não utilize preparos comerciais contra mordeduras e ou picaduras.

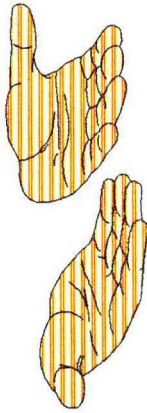
Não se aplica torniquete, nas mordeduras por serpentes que não provocam inchaço ou lesão local, segura-se firmemente a zona afetada e em seguida toda a parte do membro, por cima da roupa, devendo ser apertado com uma atadura ou semelhante, com percepção do pulso na parte inferior e ausência de dor intensa, pois ao contrário deve-se executar o afrouxamento, assim que a pessoa chegue ao hospital, sem necessidade de retirada antes, para que o veneno não se difunda para o resto do corpo.

O paciente deve ser colocado de lado, em posição de recuperação, a fim de evitar obstrução da traquéia em caso de vômitos ou perda de consciência.

Não dê nada ao paciente por via oral, apenas água para evitar desidratação, em caso de demora do socorro médico.

O paciente deve ser trasladado rapidamente para o hospital, com vigilância respiratória e cardíaca e não estar perdendo precioso tempo com medicações e ervas que geralmente não possuem utilidade alguma, sendo muitas vezes danosas e podendo aumentar o risco de vida.

Tente identificar o animal, sem a necessidade de capturá-lo, pois isto pode ser perigoso. Se o animal estiver morto, leve-o para o hospital, tomando precauções devidas, pois mesmo morto, alguns podem injetar veneno.



### PRIMEIROS SOCORROS EM CASO DE MORDEDEURAS E PICADURAS:

Em geral estas situações criam pânico. Então deve-se tranquilizar o paciente e pedir-lhe que fique quieto, pois a movimentação do membro afetado acelera a difusão do veneno pelo resto do corpo. O medo e o nervosismo pode também provocar esta situação. Como o membro inchar, deve-se retirar qualquer coisa que o comprima, como relógios, anéis, sapatos, etc...

Não se deve cortar e nem abrir mais as feridas, muito menos colocar medicamentos ou produtos químicos sobre ou em seu interior. Não ponha o dedo na ferida, que deve ser limpa com água limpa e sabão.

Não utilize preparos comerciais contra mordeduras e ou picaduras.

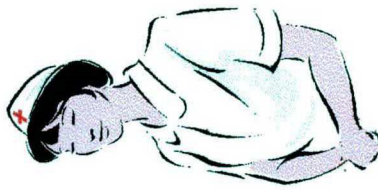
Não se aplica torniquete, nas mordeduras por serpentes que não provocam inchaço ou lesão local, segura-se firmemente a zona afetada e em seguida toda a parte do membro, por cima da roupa, devendo ser apertado com uma atadura ou semelhante, com percepção do pulso na parte inferior e ausência de dor intensa, pois ao contrário deve-se executar o afrouxamento, assim que a pessoa chegue ao hospital, sem necessidade de retirada antes, para que o veneno não se difunda para o resto do corpo.

O paciente deve ser colocado de lado, em posição de recuperação, a fim de evitar obstrução da traquéia em caso de vômitos ou perda de consciência.

Não dê nada ao paciente por via oral, apenas água para evitar desidratação, em caso de demora do socorro médico.

O paciente deve ser trasladado rapidamente para o hospital, com vigilância respiratória e cardíaca e não estar perdendo precioso tempo com medicações e ervas que geralmente não possuem utilidade alguma, sendo muitas vezes danosas e podendo aumentar o risco de vida.

Tente identificar o animal, sem a necessidade de capturá-lo, pois isto pode ser perigoso. Se o animal estiver morto, leve-o para o hospital, tomando precauções devidas, pois mesmo morto, alguns podem injetar veneno.



### COMO EVITAR CONTATOS COM SERPENTES, ARANHAS, ESCORPIÕES E LAGARTAS.

As serpentes só mordem quando se vêem surpreendidas por um movimento repentino e não podem fugir.  
Não saia ao campo sem calçados, que devem ser preferencialmente do tipo botas longas.

Informe-se sobre as serpentes venenosas, aranhas, escorpiões e lagartas na região. Aprenda a distingui-las e de onde vem; a maior parte delas vivem no solo, outras em árvores e arbustos. Informe-se das variedades que possuem poçonha e sobre a maneira que tem de atacar.  
Não cerque as serpentes, aranhas, escorpiões e lagartas, pois não fazem a tempo. Abstenha-se de realizar movimentos bruscos.

Não toque nunca em uma serpente, aranha, escorpião ou lagarta em que pareçam mortos, pois algumas "se fazem de mortos" para atacar.

Não levante pedras ou troncos, nem coloque a mão em buracos no terreno. Antes de passar por um tronco examine bem o outro lado para ver se há serpentes.

Não durma no chão. Pode ser atacado por um destes animais ao mudar de posição, quando esta estiver à procura de calor.



## **ANEXO 07**

**MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM Á  
CLIENTES VÍTIMAS DE INTOXICAÇÃO.**

**ATUALIZACAO DO MANUAL DE  
ROTINAS DE ENFERMAGEM PARA  
CLIENTES VITIMAS DE INTOXICACOES.**



FABIO ALEXANDRE DA LUZ

# UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

## BIBLIOGRAFIA:

### ATUALIZACAO DO MANUAL DE ROTINAS DE ENFERMAGEM PARA CLIENTES VITIMAS DE INTOXICACAO

Fábio Alexandre da Luz, formando do Curso de Graduação em Enfermagem.

Orientação: Antônio de Miranda Wosny

Supervisão: Júlio Flores.

Este manual foi elaborado em 1992 pela formanda de Enfermagem Francis Solange Vieira, com o objetivo de auxiliar os profissionais de Enfermagem em suas ações. Por isto eu, Fábio Alexandre da Luz, percebi a necessidade de uma atualização deste manual, para atingir este mesmo objetivo.

TOURINHO, F. S. V. et al. Proposta de Assistência de Enfermagem a pacientes com intoxicação exógena atendidos na Emergência/Centro de Intoxicações Toxicológicas do Hospital Universitário. Fpolis 1992. Trabalho de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem UFSC.

SCHIVARTSMANN, Samuel. Intoxicações agudas. SP, Sarvier. Monografias Médicas, Vol III, 3 ed, 1985.

SCHIVARTSMANN, S. Plantas Venenosas e Animais Peçonhentos. SP, Sarvier. Monografias Médicas, Vol III, 1ª ed. 1991.

HENRY, J. A & WISEMAN, II. M. Tratamiento de Las Intoxicaciones. Manual para agentes de atención primaria. Ginebra. Biblioteca de la OMS. 1998.

HARTLEY, J. Manual de Primeiros Socorros. São Paulo. Ed. IBRASA. 1978.

FORTES, J. I. Enfermagem em Emergências. São Paulo. Ed. EPU. 1986.

DREISBACH, R. II. Manual de Envenenamentos, diagnóstico e tratamento. São Paulo. Ed. Atheneu. 1975.

- 1- Funcionar vela com scalp 19 ou 21, ou abbauch 18, para que o tratamento específico seja feito com maior rapidez.
- 2- Colher sangue por tempo de coagulação e outros exames. Colocá-lo em um tubo de ensaio e mantê-lo na mão até sua coagulação, contando o tempo em minutos (30" é incoagulável), para diferenciação e confirmação do acidente por animal peçonhento.
- 3- Iniciar hidratação com solução glicofisiológica a 5%. Usar equipo de fluidoterapia com pelo menos 4 vias, para que não ocorra desequilíbrio hidroeletrólítico e como profilaxia de complicações renais pela diminuição do volume.
- 4- Aplicar medicação anti-histamínica protetora, segundo prescrição médica. Aguardar 15-20 minutos. Como profilaxia de possíveis reações anafiláticas/anafilatóides pela aplicação do soro heterólogo específico (gama globulinas).
- 5- Aplicar soro antiveneno específico EV, após 15-20' com infusão rápida e contínua (20-30') conforme prescrição médica, para que a medicação dê a cobertura à aplicação do soro. Este deve correr rápido para neutralizar o veneno circulante com maior rapidez.
- 6- Aplicar soro com vigilância direta do enfermeiro, com curro de emergência próximo ao paciente, pois assim, se ocorrer reações o enfermeiro estará ao lado do paciente, podendo fechar o soro antiveneno específico, abrir o glicosado e juntamente com o médico, medir a reação e posteriormente voltar à soroterapia.
- 7- Monitorizar rigorosamente diurese do paciente (cor e quantidade). Estes pacientes podem desenvolver IRA pela ação das toxinas do veneno. O controle da diurese detecta sinais de IR, podendo ser tratada a tempo e prevenida.
- 8- Manter o membro afetado elevado, evitando dobrar as articulações. O membro inferior não mais que 30 graus e o superior usar meia ortopédica para elevá-lo sem comprimi-lo, para prevenir síndrome de compartimento, uma das complicações das acidentes por animais que possuem toxinas proteolíticas em seus venenos, pela retenção de líquido no membro necessitando às vezes de fasciotomia.
- 9- Observar, registrar a presença de edema, equimose, sangramentos, hiperemia, bolhas, necrose, secreção no membro picado, dor local, adenomegalias, sintomas neurológicos, cardiorrespiratórios e renais, para observar evolução do quadro e identificar complicações.
- 10- Verificar sinais vitais 4 vezes ao dia. Um dos primeiros sintomas de intoxicação por acidente com animais peçonhentos é a febre, que indica ações sistêmicas do veneno e infecções secundárias.
- 11- Não fazer medicação IM, pois o paciente apresenta alterações de coagulabilidade.

PRIMEIROS AUXÍLIOS EM CASO DE MORDEDURAS E PICADURAS.

Em geral estas situações criam pânico. Então deve-se tranquilizar o paciente e pedir-lhe que fique quieto, pois a movimentação do membro afetado acelera a difusão do veneno pelo resto do corpo. O medo e o nervosismo pode também provocar esta situação. Como o membro inchou, deve-se retirar qualquer coisa que o comprima, como relógios, anéis, sapatos, etc...

Não se deve cortar e nem abrir mais as feridas, muito menos colocar medicamentos ou produtos químicos sobre ou em seu interior. Não ponha o dedo na ferida, que deve ser limpa com água limpa e sabão.

Não utilize preparados comerciais contra mordeduras e ou picaduras.

Não se aplica torniquete, nas mordeduras por serpentes que não provocam inchaço ou lesão local, segura-se firmemente a zona afetada e em seguida toda a parte do membro, por cima da roupa, devendo ser apertado com uma atadura ou semelhante, com percepção do pulso na parte inferior e ausência de dor intensa, pois ao contrário deve-se executar o afrouxamento, assim que a pessoa chegar ao hospital, sem necessidade de retirada antes, para que o veneno não se difunda para o resto do corpo.

O paciente deve ser colocado de lado, em posição de recuperação, a fim de evitar obstrução da traquéia em caso de vômitos ou perda de consciência.

Não dê nada ao paciente por via oral, apenas água para evitar desidratação, em caso de demora do socorro médico.

O paciente deve ser trasladado rapidamente para o hospital, com vigilância respiratória e cardíaca e não estar perdendo precioso tempo com medicações e ervas que geralmente não possuem utilidade alguma, sendo muitas vezes danosas e podendo aumentar o risco de vida.

Tente identificar o animal, sem a necessidade de capturá-lo, pois isto pode ser perigoso. Se o animal estiver morto, leve-o para o hospital, tomando precauções devidas, pois mesmo morto, alguns podem injetar veneno.

COMO EVITAR CONTATOS COM SERPENTES, ARANHAS, ESCORPIÕES E LAGARTAS.

As serpentes só mordem quando se vêem surpreendidas por um movimento repentino e não podem fugir. Não saia ao campo sem calçados, que devem ser preferencialmente do tipo botas longas.

Informe-se sobre as serpentes venenosas, aranhas, escorpiões e lagartas na região local. Aprenda a distingui-las e de onde vêm; a maior parte delas vivem no solo, outras em árvores e arbustos. Informe-se das variedades que possuem peçonha e sobre a maneira que tem de atacar.

Não cerque as serpentes, as aranhas, escorpiões e lagartas, pois pode não fazer a tempo. Abstenha-se de realizar movimentos bruscos.

Não toque nunca em uma serpente, aranha, escorpião ou lagarta nem que pareça morta, pois algumas "se fazem de mortas" para atacarem.

Não levante pedras ou troncos, nem coloque a mão em buracos no terreno. Antes de passar por um tronco examine bem o outro lado para ver se há serpentes.

Não durma no chão. Pode ser atacado por um destes animais ao mudar de posição, quando está estivar à procura de calor.



## ASSISTÊNCIA DE ENFERMEIRO AO PACIENTE COM OUTROS TIPOS DE INTOXICAÇÕES

### *Intoxicação por ingestão:*

#### *Indução do esvaziamento gástrico:*

O esvaziamento gástrico é utilizado para favorecer a eliminação de substâncias tóxicas, retidas no estômago.

O prazo útil para o esvaziamento não parece limitar-se às primeiras 24 horas, pois têm sido encontrados medicamentos no estômago, mesmo após 24 horas da ingestão de salicilatos ou barbitúricos, estes sabidamente inibidores da motilidade gastrointestinal.

Nas intoxicações podemos efetuar o esvaziamento gástrico através de:

Indução do vômito (emese).

Lavagem gástrica

Estas medidas são contra indicadas quando:

A ingestão for de derivados de petróleo (querosene, gasolina e outros solventes do petróleo).

Pacientes em convulsão.

Pacientes em coma.

Ingestão de ácidos fortes ou álcalis cáusticos

### *Exemplos:*

Quando os derivados de petróleo forem ingeridos em grandes volumes ou quando forem solventes de produtos mais tóxicos (como os pesticidas organofosforados ou organoclorados).

Quando o paciente está em coma, mesmo após 24 horas da ingestão do agente tóxico, considerando que depressores do SNC, são inibidores da motilidade gastrointestinal.

Em ambos o caso deve ser feito com precaução entubação orotraqueal (para que se previna aspirações e possíveis complicações pulmonares).

Quando substâncias cáusticas forem diluentes de produtos altamente tóxicos, como barbitúricos e herbicidas bipiridílicos (Parquat e Diquat), a lavagem deve ser feita imediatamente e de forma cuidadosa.

### *Indução de vômitos:*

O vômito pode ser induzido pela estimulação da retrofaringe com o dedo. Sua eficácia não é grande mas pode ser útil quando realizada no domicílio do paciente.

Pode-se utilizar ainda, substâncias como:

1 a 2 colheres de sal comum em um copo de água quente.

Solução anfônica emetisante (detergente anfônico 20 ml diluído em 1 copo de água).

Clara de ovo batida na água.

Infusão SC ou EV de apomorfina (0,06 mg/Kg)

Xarope de Ipecac.

Xarope de Ipecac.

### Dose:

PRODUTO	ADULTOS	CRIANÇAS
Citrato de magnésio	4ml/Kg p/300 ml H <sub>2</sub> O	11204 ml/Kg
Sulfato de magnésio	30g p/300ml H <sub>2</sub> O	250 mg/Kg
Sulfato de sódio	30 g p/300 ml H <sub>2</sub> O	250 mg/Kg
Fosfato-sódio	30 ml diluído ¼	não é usado
Sorbitol	50 ml	uso com cautela

### Laxantes:

#### *Contraindicações:*

São drogas que promovem a defecação, que dizem, abriam a constipação. E um purgante brando. Alguns autores descrevem catárticos e laxantes como sendo a mesma coisa.

#### *Efeitos:*

Os mesmos dos catárticos.

#### *Modo de Ação:*

3 mecanismos:

Propriedades hipotônicas ou osmóticas, causam retenção de líquido do conteúdo colônico, provocando aumento de amolecimento da massa fecal.

Os laxantes podem agir direta ou indiretamente sobre a mucosa colônica, diminuindo a absorção de água e NaCl, possivelmente através dos mecanismos mencionados antes.

Os laxantes podem aumentar a motilidade intestinal, diminuindo a absorção de sais e água, por causa da diminuição do trânsito.

*(BHX)* Quando usado em doses maiores, provocam catarse, que implicam em purgações e evacuações mais líquidas.

PRODUTO	DOSES
Sais de magnésio	15g (podem 5g já produzem efeito laxante significativo).
Sulfato de magnésio	Suspensão aquosa de hidróxido de magnésio a 7 ou 8 %. Adultos de 30 a 60 ml e em crianças, 0,5 ml/Kg.

Fosfato de sódio 10 a 40 ml, ingeridos com grandes quantidades de água. Puroco usado, pois não oferece vantagens.

**Emolientes:**

**Síndromes:**

Agentes oclusivos, umectantes.

**Conceitos:**

São gorduras ou óleos empregados como protetores e amaciantes de pele, porém principalmente veículo para drogas ativas.

**Usos:**

Externo e interno.

**Tipos:**

- Óleos vegetais: Óleo de oliva  
Óleo de algodão  
Óleo de amêndoas  
Óleo de amendoim  
Óleo de pesca  
Manteiga de cacau.

**Usos:**

**Ingestão:**

Laxantes suaves e protetores do TGI em caso de envenenamento por corrosivos.

**Tópicos:**

Emolientes para a pele e mucosas.

OBS: Os demais laxantes não são empregados em toxicologia.

**Catárticos:**

**Conceito:**

Medicamento utilizado para produzir a evacuação intestinal. Um purgativo forte.

**Usos:**

No tratamento de intoxicações por venenos corrosivos, quando o tempo de ingestão é superior a 1 e envenenamento por hidrocarbonetos voláteis. Os preferidos são os catárticos salinos sulfato de sódio e to de magnésio), porque agem prontamente e geralmente em toxicidade mínima.

**Modo de ação:**

Atuam evitando a absorção de água que, pelo seu volume, funciona com purgativo.

OBS: Os catárticos ou purgativos salinos devem ser acompanhados de grandes quantidades de água ml para 20 g sulfato de magnésio), por exemplo) para o paciente não sofrer espoliação hídrica.

**1 – Composição:**

- Extrato de Ipeca ..... 7,0 ml  
Cilicetina ..... 10,0 ml  
Xarope simple ..... 100,0 ml

**Doses:**

Crianças menores de 1 ano: 7,5 ml (1/2 colher de sopa) seguida após 5 minutos, da ingestão de um copo de água (200 a 250 ml). A dose inicial pode ser repetida após 20 minutos, se não ocorrerem vômitos. Dose máxima: 15 ml.

Crianças maiores de 1 ano: 15 ml (1 colher de sopa) seguida de um copo de água (200 a 250 ml). A dose inicial pode ser repetida após 20 minutos, se não ocorrerem vômitos. Dose máxima: 30 ml.

Adultos: 15 a 30 ml (1 a 2 colheres de sopa), seguida de ingestão de um copo de água (200 a 250 ml). A dose inicial pode ser repetida após 20 minutos, se não ocorrerem vômitos. Dose máxima: 60 ml.

**Recomendações:**

Xarope de Ipeca não deve ser administrado juntamente com o Carvão ativado, pois este perde sua eficácia. Nos casos em que não ocorrerem vômitos, após a administração de xarope de Ipeca, suas doses preconizadas, há indicação formal de lavagem gástrica.  
Manter o paciente em posição que evite a aspiração de vômitos. Observar as doses máximas recomendadas.

**Lavagem Gástrica:**

O ideal seria provocar vômitos, pois sua eficácia é maior em relação a lavagem gástrica.

A lavagem gástrica deve ser executada com todo o cuidado e sempre observando sua contra indicação, em pacientes onde não foi possível efetuar emese.

**Substâncias utilizadas para Lavagem Gástrica (Toxicologia Industrial):**

Água pura para todas as substâncias (em adultos)

Solução fisiológica isotônica em crianças e nas intoxicações por sais de prata.

Água + ácido tânico (30 g/l) nas intoxicações por alcalóides, metais e ácidos.

Água + leite em po, para querosene, gasolina, benzol, quando estritamente necessário.

Água + permanganato de potássio (1 g/10 l) nas intoxicações por alcalóide e ácido clandríco.

Água + hipossulfito de sódio (5 g/l) nas intoxicações por metais pesados.

Água + tintura de iodo (50 ml) nas intoxicações por alcalóides, mercúrio, chumbo e prata.

Água + leite de magnésio (25g/l), intoxicações por ácidos e arsênico.

Nunca usar Bicarbonato de Sódio que desprende anidrido carbônico e pode perfurar o estômago.

Água + amoníaco (95 ml/l), intoxicações por formoldeido.

Água + vinagre (200 ml/l), nas intoxicações por alkalis cáusticos.

**Volumes adequados para Lavagem Gástrica:**

Recém-nascidos: 500 ml

Lactentes (até 2 anos) : 2 a 3 litros

Pré-escular: 4 a 5 litros

Escolares: 5 a 6 litros

Adultos: 6 a 10 litros

#### Material necessário:

Bandeja contendo:

- Sonda nasogástrica. Usar o maior calibre possível para a idade.
- Sondas de biotacha n.º 20 (0,5 cm) e n.º 30 (1,5 cm) para adultos.
- Lubrificantes hidrossolúveis (xilocalina gelida).
- Folhas de gaze.
- Seringa.
- Cuba rim.
- Copo de água.
- Estetoscópio.
- Recipiente para receber o material usado.

#### Técnica para a execução da Lavagem Gástrica:

Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com certo declive da cabeça, para evitar aspiração do conteúdo gástrico.

Retirar próteses dentárias ou corpos estranhos da boca.

Medir e assinalar na sonda a distância entre o nariz e o apêndice xifóide.

Antes da passagem por via oral ou nasal da sonda, esta pode ser imersa em água morna ou passado xilocalina gelida.

Em crianças e necessário, normalmente, contensão.

Introduzir o tubo, sem forçar. Orientar para paciente fazer movimentos de deglutição, que facilita a sua progressão.

Se, por erro técnico, o tubo gástrico, atingir a traquéia, o paciente apresenta tosse intensa e dispnéia. Neste caso o tubo deve ser retirado parcialmente antes da reintrodução.

Se houver dúvida, quanto a permeabilidade do tubo na via respiratória, sua extremidade livre deve ser submersa em uma cuba de água. A ausência de formação de bolhas no líquido da cuba em sincronia com a expiração, indica que a sonda não encontra-se na via respiratória e pode ser reintroduzida.

Introduzir com o auxílio de seringa através de sonda e concomitantemente auscultar com o estetoscópio sobre a região hipogástrica.

Aspirar a sonda com o auxílio de seringa, a presença de suco e resíduos alimentares, nos dará a certeza de que a sonda está no estômago.

Fixar a parte externa da sonda no nariz e testa e mantê-la fechada, para evitar que saia do estômago e entre ar.

Em crianças de baixo peso, usa-se como líquido para lavagem gástrica, preferencialmente, solução fisiológica, considerando que um organismo de baixo peso tem menor tolerância a perda de eletrólitos.

Após a penetração da sonda no estômago deve-se, em primeiro lugar, aspirar o conteúdo gástrico, e após introduzir o líquido do lavado gástrico.

A quantidade de líquido a introduzir de cada vez, deve ser pequena para não forçar a passagem do conteúdo gástrico no duodeno.

Em crianças usa-se 5 ml/Kg por vez. Em adultos não usar volumes superiores a 250 ml de cada vez.

O líquido do lavado gástrico é coletado e retirado em volumes não superiores ao acima descrito, em seringa de 50 ml conectada a extremidade livre da sonda, até completar o volume total adequado para o lavado gástrico.

Após a execução da lavagem gástrica, deve-se iniciar, aproveitando a mesma sonda, a administração de substância absorvente, como o carvão ativado.

O adsorvente atua quando absorve drogas e produtos químicos as superfícies de sua partícula, prevenindo, assim a absorção e toxicidade.

O carvão ativado e o adsorvente mais utilizado, e eficaz contra todos os produtos químicos, exceto cianetos.

Devido ao seu amplo espectro de capacidade absorviva e rapidez de ação, é considerado como o mais valioso agente isolado para tratamento das intoxicações exógenas.

Doses para utilização do Carvão Ativado:

Crianças: 0,5 a 1 g/1kg de peso de carvão ativado de 4/4 horas por sonda nasogástrica, misturado a 100 ou 200 ml de água ou solução fisiológica isotônica nas primeiras 12 horas, e após 6/6 ou 8/8 horas por 36 a 48 horas.

Adultos: 25 gramas de Carvão Ativado, misturado a 200 ml de água ou solução fisiológica isotônica por via oral ou por sonda nasogástrica de 4/4 horas nas primeiras 12 horas e após de 6/6 horas ou 8/8 horas por 36 a 48 horas.

Cuidado com o risco de aspiração do carvão ativado durante a administração.

Após 30 minutos administrar cateterio salino segundo prescrição médica.

Observar presença e aspecto das evacuações, pois pode ocorrer retenção de fezes (as fezes apresentam coloração escura).

#### Substâncias úteis no tratamento das intoxicações:

##### Protetores de mucosas:

###### Conceitos:

Os protetores de mucosas tem finalidade de cobrir a membrana gástrica, a fim de evitar contato com possíveis irritantes.

###### Tipos:

Em intoxicações por produtos que lesam a superfície das mucosas ou irritantes gástricos.

###### Modo de ação:

Atuam diminuindo a absorção de determinadas substâncias pela mucosa gástrica.

###### Tipos:

Gel de hidróxido de alumínio

Gel de fosfato de alumínio.

Caulim.

###### Demulcentes:

###### Conceitos:

Grupo de compostos de alto peso molecular que formam soluções aquosas, possuem a propriedade de aliviar a irritação.

###### Tipos:

Ativam a irrigação de membranas ou superfícies lesadas.

###### Modo de Ação:

Cobrem a superfície do tecido lesado ou irritado e através de meios mecânicos, protegem as células subjacentes contra os estímulos resultantes do contato com o ar ou irritantes ambientais.

###### Tipos:

Cera de mel (uso interno).

Acácia (goma arábiga) sob forma de pó ou xarope de acácia de sabor baunilha contendo 10% de acácia.

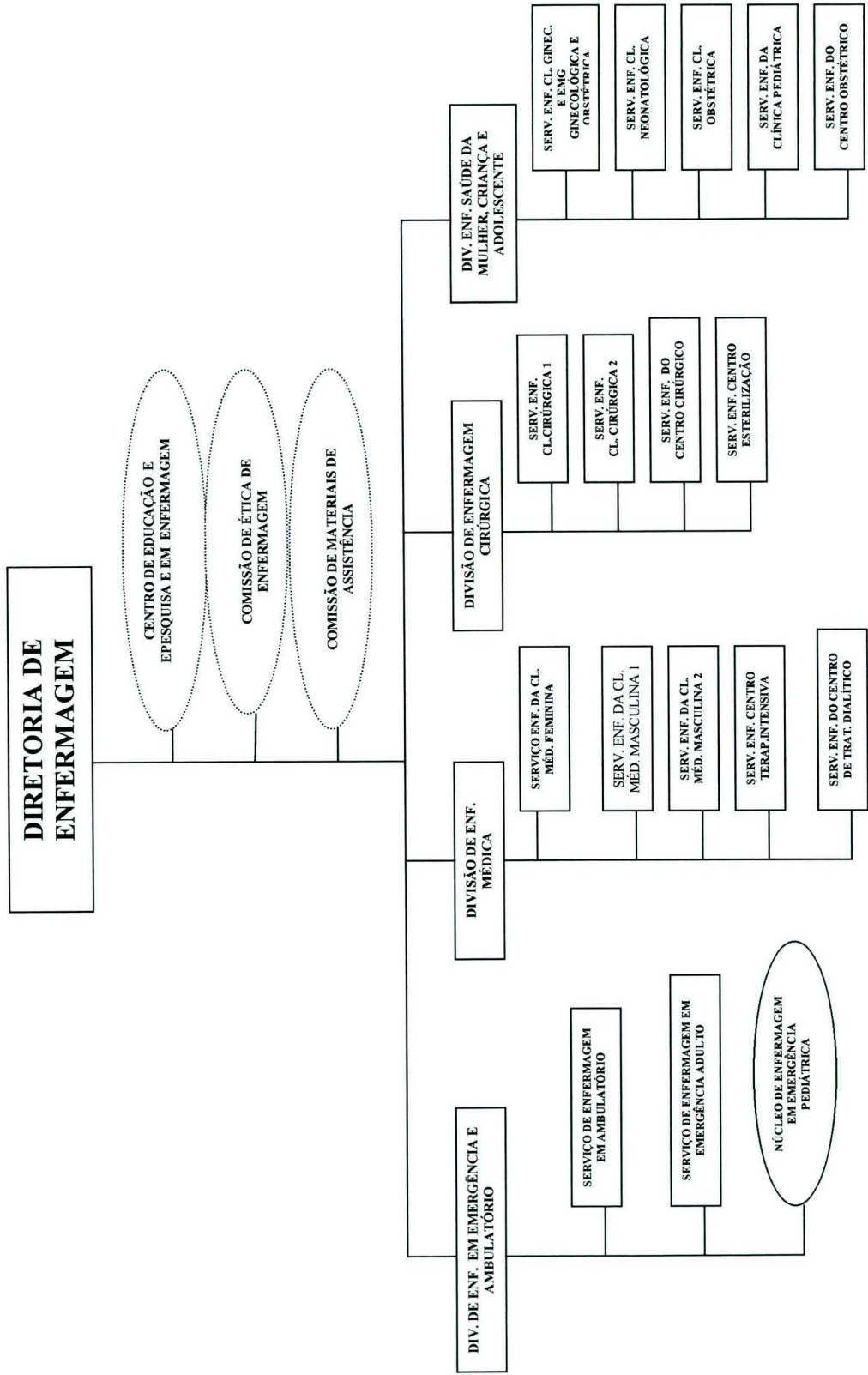
Tragacanto (goma de tragacanto) com água para uso tópico.

## **ANEXO 08**

### **ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DO SEHU**



**ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DA DIRETORIA DE ENFERMAGEM A PARTIR DE MAIO/2.000**



Assessoria

Núcleo



## **ANEXO 09**

### **ÁREA FÍSICA DO SEHU**

LEGENDA (Planta Física):

- 1- almoxarifado
- 2- plantão médico feminino
- 3- WC médico feminino
- 4- WC médico masculino
- 5- plantão médico masculino
- 6- sala de estar médica
- 7- chefia médica
- 8- chefia de enfermagem
- 9- WC pediatria
- 10- copa
- 11-
- 12- consultório pediátrico
- 13- consultório pediátrico
- 14- consultório pediátrico
- 15- sala de espera infantil
- 16- rouparia
- 17- Q.E. (quadro de eletricidade)
- 18- consultório médico
- 19- consultório médico
- 20- consultório médico
- 21- admissão
- 22- sala de espera adultos
- 23- WC feminino
- 24- WC masculino
- 25- sala do serviço social

27- sala de preparo de medicação (pronto-atendimento)

28- WC funcionários

29- elevador

30- sala de estar da enfermagem

31- repouso

32- posto de enfermagem

33- expurgo

34- WC - pacientes

35- sala de preparo de medicação (repouso)

36- sala de procedimentos

37- raio X

38- câmara escura

39- sala cirúrgica asséptica

40- sala cirúrgica séptica

41- consultório cirúrgico

42- pacientes

43- sala de ministração de medicamentos

44- sala de reanimação cárdio-respiratória.

OBS.: Área de circulação =  $96,98 \text{ m}^2$

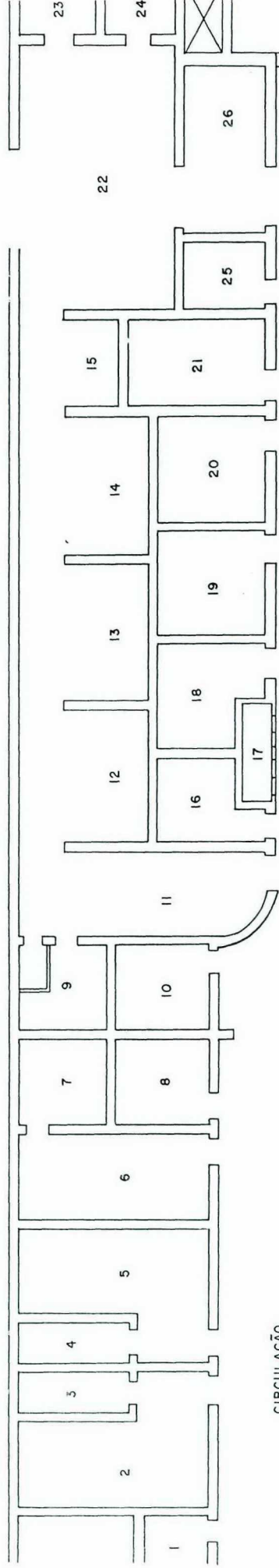
(corredores)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO (BLOCO B - I) PLANTA BAIXA 1º PAVIMENTO — EMERGÊNCIA

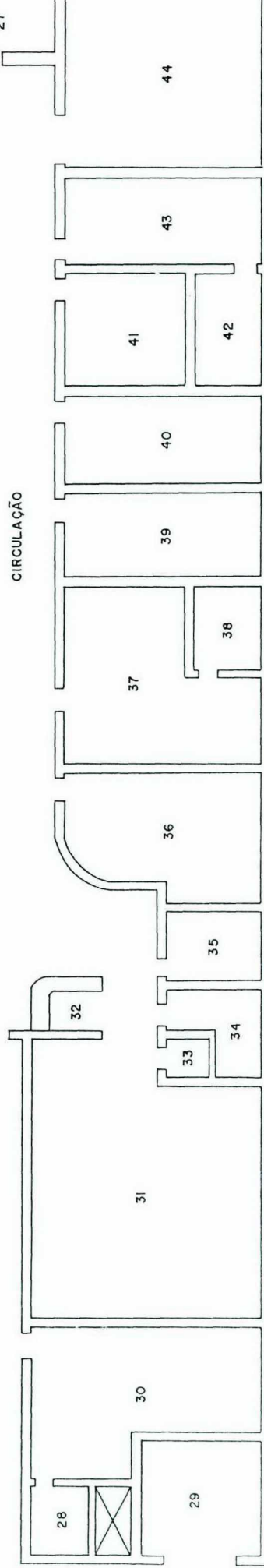
APÊNDICE 01

"A"



CIRCULAÇÃO

"B"



OBS: NAS LATERAIS "A" e "B" EXISTEM JANELAS QUE NÃO ESTÃO PRESENTES NESTE DESENHO.

## **ANEXO 10**

### **ÁREA FÍSICA DO CIT**



## APÊNDICE 02

## **ANEXO 11**

### **ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO EM UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA**



1º Cumprir e fazer cumprir o código de Deontologia de Enfermagem.

2º Cumprir e fazer cumprir o regimento geral, regulamentos, portarias, ordens de serviço, normas e rotinas do HU, da Direção de Enfermagem e da seção.

3º Promover e manter bom relacionamento nas linhas hierárquicas e estimular o trabalho em equipe.

4º Manter o bom entrosamento com as outras equipes de seu turno.

5º Realizar reuniões com os servidores de seu turno.

6º Participar de reuniões e comissões quando convocado.

7º Participar, colaborar e estimular a participação da equipe de enfermagem, nos programas da comissão de Educação em Serviço.

8º Promover a integração Docente Assistência.

9º Desenvolver e/ou colaborar em pesquisa.

10º Participar na elaboração e/ou atualização de procedimentos, normas e rotinas.

11º Manter as chefias imediatas informadas das ocorrências da seção.

12º Avaliar periodicamente os servidores de seu turno.

13º Revisar e assinar requisições de sua competência expedida para a seção.

14º Orientar e supervisionar a utilização do material de consumo permanente e equipamentos.

15º Orientar, avaliar e supervisionar a assistência de enfermagem ao cliente segundo os “Padrões de Assistência de Enfermagem”.

16º Fazer diariamente a Prescrição de Enfermagem, segundo o método de assistência.

17º Orientar, supervisionar e avaliar no seu turno a qualidade das anotações de enfermagem.

18º Coordenar a passagem de plantão.

19º Visitar diariamente todos os clientes da seção.

20º Receber clientes na admissão, fornecendo orientações referentes a rotina da instituição.

21° Fornecer informações aos clientes, médicos, professores, alunos, familiares, visitas e servidores.

22° Acompanhar a visita medica aos clientes de acordo com a prioridades.

23° Programar as atividades diárias dos funcionário.

24° Supervisionar a organização dos prontuários.

25° Estabelecer os horários nas prescrições medicas.

26° Supervisionar a execução e checagem das prescrições medicas e de enfermagem.

27° Anotar e supervisionar os registros do censo diário.

28° Solicitar a presença medica na seção quando necessário.

29° Orientar, preparar, e encaminhar clientes para exames, tratamento, transferencias e outros.

30° Acompanhar clientes graves em exames e transferencias, sempre que possível.

31° Supervisionar o controle dos psicotropicos.

31° Prestar assistência de enfermagem ao cliente cabendo-lhe os seguintes procedimentos:

Exclusivo: Gasometria

Troca de cânula de traqueostomia.

Preferencial: Punção venosa em crianças graves.

Punção venosa com quater curto.

vaginal.<sup>?</sup>

Fechamento do balanço hidroeletrolitico

Sondagens vesícula, nasogastrica e enteral.

33° Avaliar programa de dialise peritonial.

34° Prestar assistência de enfermagem integral ao cliente em hemodiálise.

35° Orientar e preparar clientes para CAPD.

36° Participar na elaboração do planejamento

## **ANEXO 12**

### **FICHA DE ATENDIMENTO NO SEHU**





## **ANEXO 13**

### **FOTOS**



FIGURA 01: Em visita domiciliar



FIGURA 02: Após diálogo sobre animais peçonhentos, com a equipe sob a supervisão da Enfª Suzana.



FIGURA 03: Diálogo com profissional do setor, sobre Animais Peçonhentos.



FIGURA 04: Acompanhamento do  
serviço dos plantonistas do CIT



FIGURA 05: Cuidados de Enfermagem  
realizado ao cliente do SEHU.



FIGURA 06: Criança vítima de acidente  
botrópico



FIGURA 08: Cartas sobre Sobre Animais Peçonhentos.





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

## DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

### Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente trabalho destaca-se pela possibilidade metodológica de resgatar atividades educacionais em situações emergenciais. Trata-se de um trabalho com riqueza de dados epidemiológicos da realidade local emocional, os quais poderão ser analisados em maior profundidade.

O acadêmico Fabian Flexorini de Luz foi aprovado, destacando-se seu empenho na execução dos objetivos propostos, os quais foram alcançados e apresentados com pleno êxito.

Florianópolis, 16 de julho de 2001

  
ORIENTADOR